

Die unentdeckte Depression im Akutspital

„Wie äussert sich die Literatur zur Frage, wie die Pflegenden eines Akutspitals bei Patientinnen und Patienten eine bislang nicht entdeckte Depression identifizieren und darauf professionell reagieren können?“

Tania Sousa Anselmo
S15559941

Laura Wyss
S15529704

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr PF.15
Eingereicht am 4. Mai 2018
Begleitende Lehrperson: Doris Ruhmann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	iii
1 Einleitung.....	1
1.1 Fallbeispiel	1
1.2 Problemstellung	2
1.3 Praxisrelevanz	6
1.4 Zielsetzung	6
1.5 Fragestellung	6
1.6 Abgrenzung	7
2 Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1 Definitionen nach ICD-10.....	8
2.2 Definitionen nach DSM-IV	10
2.3 Zusätzliche Definitionen.....	10
3 Methodik	12
3.1 Literaturrecherche.....	12
3.2 Ein-, Ausschlusskriterien und Limitierungen	12
3.3 Studienauswahl	14
3.4 Evaluationsinstrumente zur Bestimmung des Evidenzlevels.....	14
3.5 Vorstellen des Evidence-based Nursing Modells	14
4 Ergebnisse der Studien.....	16
4.1 Studie I.....	16
4.2 Studie II.....	20
4.3 Studie III.....	24
4.4 Studie IV	27
4.5 Studie V	31
4.6 Studie VI	34
4.7 Studie VII	38
4.8 Studie VIII	41
5 Diskussion.....	42
5.1 Expertise der Pflegenden	42
5.2 Ergebnisse der Pflegeforschung.....	44

5.3	Ziele und Vorstellungen der Pflegebedürftigen.....	47
5.4	Umgebungsbedingungen.....	48
5.5	Theorie-Praxis-Transfer.....	50
6	Schlussfolgerung.....	52
6.1	Offene Fragen und Zukunftsaussicht.....	53
Verzeichnisse		54
	Literaturverzeichnis	54
	Tabellenverzeichnis.....	57
Danksagung.....		58
Eigenständigkeitserklärung		58
Wortzahl		58
Anhang A		59
Anhang B		60
Anhang C		62
Anhang D		68
Anhang E		98

Abstract

Darstellung des Themas: Laut WHO (2017) gilt die Depression weltweit als führende Ursache für Krankheit und Behinderung im Alltag, deren inadäquate Behandlung durch das Fachpersonal als Behinderungslast der Depressionsdienstleistung gilt.

Zielsetzung: Die frühzeitige Identifizierung von Depressionen im Akutspital und die Sensibilisierung des Pflegefachpersonals für das Thema. Die Pflege soll um die psychische Dimension erweitert werden.

Methode: Es erfolgte eine systematisierte Literaturrecherche in drei Datenbanken. Acht Studien wurden mit Hilfe eines Arbeitsinstruments analysiert.

Ergebnis: Es ist auf eine fehlende Expertise bei der Identifizierung von Depressionen sowie Einleitung von Massnahmen im Verdachtsfall zu schliessen. Die Anwendung von Screening-Instrumenten zur Identifizierung einer Depression im klinischen Alltag des Akutspitals findet kaum statt. Selbst bei offensichtlicher Depression scheint dies vom Pflegefachpersonal nicht als Problematik betrachtet zu werden, die einer Behandlung wert wäre.

Schlussfolgerung: Es gilt, die Expertise schon während der Ausbildung und überdies durch regelmässige Fortbildungsmöglichkeiten in Bezug auf psychische Fachkenntnisse zu verbessern und Screening-Instrumente zur Identifizierung einer Depression im klinischen Alltag zu involvieren. Das Pflegefachpersonal sollte mehr auf die eigene Rolle bei der Leistung von Depressionsdiensten sensibilisiert werden.

Keywords: *depression, depressive illness, adult, nurse, nursing, nursing staff, nursing care, nurse education, screening, screening tools, identification, education, training, primary care, sensitivity, specificity, questions*

1 Einleitung

1.1 Fallbeispiel

Herr Müller ist ein 30-jähriger Patient und von Beruf kaufmännischer Angestellter. Er wurde von der Hausärztin aufgrund anhaltender abdomineller Schmerzen für einen stationären Aufenthalt in das Akutspital eingewiesen. Weiter leidet er seit zwei Monaten unter Inappetenz und einem Gewichtsverlust von fünf Kilogramm. Die durchgeführte Diagnostik weist auf ein mögliches Magenulcus hin.

Eine Pflegefachfrau betreut den Patienten seit dem Eintritt und macht dabei folgende Feststellungen: Der Patient zeigt sich antriebslos. Vor allem morgens wirkt er erschöpft und energielos, möchte sich permanent ins Bett zurückziehen und vernachlässigt die Körperpflege, da ihn bereits kleinste Tätigkeiten viel Kraft kosten. Herr Müller kann sich diese Erschöpfung selbst nur durch seine Schlaflosigkeit erklären; oftmals grüble er nächtelang und grosse Zukunftsängste plagen ihn. Auch der tägliche Besuch seiner Ehefrau und der Kinder scheinen seine Stimmung kaum aufzuhellen. Er erwähnt in Anwesenheit der Pflegefachfrau mehrmals Schuldgefühle gegenüber seinem Umfeld und grosse Selbstvorwürfe, die ihn beschäftigen, obwohl er diese Gefühle nicht begründen kann. Das anstehende Prozedere verweigert er; er zeigt kein Interesse an weiterer Diagnostik und allfällige Therapien erscheinen ihm sinnlos.

Die Pflegefachfrau vermutet hinter diesem Verhalten eine psychische Erkrankung. Sie spürt ihre eigene Überforderung in dieser komplexen Situation, da sie sowohl in ihrer Ausbildung als auch im klinischen Alltag nur wenig mit psychischen Erkrankungen konfrontiert war. Ihre Unerfahrenheit ist der Auslöser einer gewissen Ratlosigkeit; sie fühlt sich weder in ihrer Vermutung noch in Bezug auf mögliche Massnahmen sicher.

Aufgrund der erschwerten Interaktion mit Herrn Müller, ihrer eigenen Unsicherheit wie auch der fehlenden zeitlichen Ressourcen im Alltag des Akutspitals veranlasst sie keine Interventionen.

1.2 Problemstellung

Das aufgeführte fiktive Fallbeispiel dient als Einleitung in die Thematik Depressionen im Akutspital, die Schwierigkeiten bei der Erkennung wie auch die fehlende Expertise beim Pflegefachpersonal. Neben der Psychiatrie spielt das Thema Depression auch im Akutspital eine Rolle. Signifikant anders wurde von den Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit, die in beiden Bereichen Praktika absolviert haben, die Reaktion des Pflegefachpersonals auf dieses Krankheitsbild erlebt: Es besteht ein deutliches Gefälle bei der Expertise bezüglich des Erkennens und Behandeln des Krankheitsbildes, bei der Einhaltung der pflegerischen Richtlinien und bei der Ausnutzung von Ressourcen. Es scheint, als seien die Anforderungen an das Pflegefachpersonal im akutsomatischen Bereich ausschliesslich auf medizinische Leistungen in physischer Hinsicht bezogen, was zur Vernachlässigung psychischer Aspekte führt. Dies, obwohl eigene Erfahrungswerte eine deutliche Wechselwirkung zwischen den beiden Bereichen zeigen. Dies führte die Autorinnen zur zentralen Frage: Inwiefern und in welchem Ausmass beeinflusst die Identifizierung und Behandlung einer Depression den Genesungsprozess im Akutspital?

Das International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und dient zur Klassifikation von Diagnosen. Laut dieser Klassifikation werden Störungen, deren Hauptsymptomatik in einer veränderten Stimmung oder Affektivität, meist hin zur Depression, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung liegt, in die Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39) eingeteilt. Meist wird diese Symptomatik von einem allgemeinen Wechsel des Aktivitätsniveaus begleitet. (Dilling, Mombour, Schmidt, 2011)

Es besteht ein 20-prozentiges Risiko, innerhalb der gesamten Lebensspanne zumindest einmal an einer affektiven Störung zu erkranken, womit diese zu den häufigsten Gruppen psychischer Störungen gehören (Baer, Schuler, Füglistner-Dousse, Moreau-Gruet, 2013).

Ursachen einer Depression sind neben kritischen Lebensereignissen ein Zusammenspiel von genetischen, neurobiologischen, psychologischen, beruflichen und sozialen Faktoren. Die Herkunftsfamilie gilt als essentieller Risikofaktor für die Entwicklung einer Chronifizierung der Erkrankung. (Baer et al., 2013)

Dilling et al. (2011) erwähnen im ICD-10 die allgemeine Tendenz zum wiederholten Auftreten von affektiven Störungen. Auch erlebte negative Erfahrungen wie beispielsweise

Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils und generell wechselndes Pflegemilieu, psychische Erkrankungen, Suchtprobleme oder Delinquenz der Eltern gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung (Baer et al., 2013).

Laut WHO (2017) gilt die Depression weltweit als führende Ursache für Krankheit und Behinderung im Alltag. Nach neusten Schätzungen leiden weltweit über 300 Millionen Menschen aller Altersgruppen an Depressionen.

Im Jahre 2012 litten laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 5.2 Prozent an einer depressiven Störung und mit Berücksichtigung von Personen in betreuten Einrichtungen rund sieben Prozent. Die Depression ist damit die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung in der Schweiz. Die Verteilung einer Depression über soziodemografische Merkmale ist ungleich. Es gibt zwar keine geschlechterspezifische Unterscheidung in Bezug auf den Verlauf, Frauen zeigen aber fast eine doppelt so hohe Prävalenz wie Männer. Die Ursachen dafür sind nicht völlig geklärt. Es ist möglich, dass das soziale Ungleichgewicht, verbunden mit den entsprechenden Belastungen, ein Faktor für die häufigere Erkrankung beim weiblichen Geschlecht ist. Eine weitere Begründung ist die Tatsache, dass das weibliche Geschlecht effektiv vermehrt krank wird. Obwohl Menschen nach dem Pensionsalter häufiger leichte Depressionssymptome aufweisen, liegt der Beginn depressiver Erkrankungen im Mittel bei 30 Jahren, wobei 25 Prozent der Betroffenen schon vor dem 18. Lebensjahr erstmals erkranken; diese Aussage ist auch vergleichbar mit einer Grafik des Bundesamtes für Statistik (2017) der Schweiz aus dem Jahr 2012. Weiter besteht eine Korrelation zwischen Depression und tiefem Bildungsstand, verstärkt noch mit zunehmendem Alter. (Baer et al., 2013)

Die Gesellschaft wird offenbar vermehrt mit dem Thema psychischer Erkrankungen konfrontiert, womit eine gewisse Sensibilisierung und Enttabuisierung stattfindet. Die häufigere Konfrontation führt wohl zur unbewussten Vermutung einer Zunahme der Erkrankungen. Allerdings ist dies wissenschaftlich nicht genau belegt. Früher angewendete Erhebungsmethoden sind mit den heutigen kaum vergleichbar und die wenigen Studien mit vergleichbarer Methodik lassen eine unterschätzte Häufigkeit vermuten. Infolge dieser Aspekte ist die Beantwortung, ob eine steigende Tendenz vorliegt, beeinträchtigt. (Baer et al., 2013)

1990/1992 und 2001/2003 wurde eine der grössten Studien in den USA durchgeführt; dabei konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Häufigkeit psychischer Störungen festgestellt werden (Schuler, Tuch, Buscher, Camenzind, 2016).

Eine Depression kann mit grossem Leiden, Behinderung in Alltag, Störungen von Beziehungen und im Beruf sowie hohen sozioökonomischen Kosten verbunden sein. Zusätzlich geht sie häufig mit somatischen oder psychischen Begleiterkrankungen einher; vor allem Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Diarrhoe/Obstipation, Insomnie, Kopfschmerzen, kardiale Beschwerden oder thorakale Schmerzen. Ungefähr zwei Drittel der Erkrankten mit mittleren bis starken Depressionssymptomen berichten über starke körperliche Beschwerden, ein weiteres Viertel von einigen körperlichen Beschwerden. Mit zunehmendem Schweregrad der Depression zeigt sich eine Abnahme der Fälle ohne komorbide Erkrankungen und eine Zunahme der rein psychischen sowie der kombinierten somatischen und psychischen Komorbidität. Diese Komorbidität zeigt sich als wesentlicher Aspekt für eine Manifestation, einen erschwerten Verlauf sowie Behinderungsfolgen der depressiven Störungen. Oftmals steht bei der Behandlung im Akutspital nur die somatische Symptomatik im Vordergrund. Dies erschwert den Krankheitsbefund und eine daraus resultierende adäquate frühzeitige Behandlung. Nur bei drei Prozent der Betroffenen einer affektiven Störung wurde diese Erkrankung während einer stationären Behandlung im Akutspital diagnostiziert. Mit 2.5 Fällen auf 1'000 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern gilt die Depression nach der Diagnostizierung als die am häufigsten behandelte psychiatrische Krankheit in Schweizer Spitälern, als Hauptverursacherin der meisten Pflegetage und als mitverantwortlich für die höchste Krankheitslast. (Schuler et al., 2016)

Trotzdem gilt – neben der fehlenden oder späten Behandlung – die inadäquate Behandlung als Problematik der Depressionsdienstleistungen. Es wird davon ausgegangen, dass rund 50 Prozent der Betroffenen eine Behandlung aufsuchen, jedoch nur die Hälfte davon effektive Interventionen, entsprechend minimalen Standards bezüglich Dauer, Medikation und Anzahl Konsultationen, erfahren. (Baer et al., 2013)

Weiter berichtet das Regionalbüro für Europa der WHO (2012) über die wissenschaftlich bewiesene Erkenntnis, dass eine nicht behandelte Depression diverse Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit hat. Sie kann zu Hypertonie, Myokardinfarkt, Apoplex oder einem Karzinom führen und das möglicherweise vor dem Erkennen der Depression als Ursache. Dieser Teufelskreis der Komorbidität sollte mit dem Erkennen von und dem Eingehen auf psychische Störungen während einem stationären Aufenthalt im Akutspital durchbrochen werden.

Nur etwa die Hälfte der Betroffenen begibt sich in Behandlung, dies nicht selten durchschnittlich zehn Jahre nach erstmaligem Krankheitsbeginn und trotz ausreichend bestehendem Angebot an psychotherapeutischen Möglichkeiten, allenfalls in Kombination mit pharmakologischer Unterstützung. Die immer noch vorhandene Stigmatisierung der Gesellschaft bezüglich psychischer Erkrankungen trägt zur Behinderungslast einer Therapie bei. Eine Verstärkung der Ausgrenzung wird durch die Reaktionen der Betroffenen - resignatives Rückzugsverhalten und Selbststigmatisierung – herbeigeführt. (Baer et al., 2013)

Im Verlaufe der Jahre hat eine Inanspruchnahme von Behandlungen infolge psychischer Erkrankungen stetig zugenommen; zwischen 1997 und 2012 von 4.1 bis 5.4 Prozent. Der Grossteil der Betroffenen wurde durch psychiatrische oder psychotherapeutische Fachpersonen behandelt, die Behandlung in ärztlichen Allgemeinpraxen zeigt hingegen eine deutliche Abnahme. Frauen mit Depressionen als Hauptdiagnose nahmen häufiger eine Behandlung in Anspruch als Männer, bei welchen Depressionen erst als dritt häufigste Diagnose steht. (Schuler et al., 2016)

Wie im Fallbeispiel beschrieben, kann es auch an Expertise der Pflegenden und Ärzte mangeln, eine Depression frühzeitig zu erkennen und somit ein effektives Treffen von Interventionen zu gewährleisten (WHO, 2017). Der frühe Krankheitsbeginn kann eine zusätzliche Behinderung der schulischen Laufbahn, der Berufsausbildung und der Etablierung im Arbeitsmarkt mit sich bringen (Baer et al., 2013).

Eine zu spät erkannte oder nicht behandelte Depression kann lebensbedrohlich sein und im schlimmsten Fall zum Tod durch Suizid führen, wie die Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (o.J.) berichtet. Vor allem in Ländern mit hohem Einkommen ist die Verbindung zwischen Suizid und einer psychischen Erkrankung, vordergründig Depressionen und Alkoholkonsum, etabliert (WHO, 2018). Bei einer schweren Depression gehören laut ICD-10 Suizidgedanken und suizidale Handlungen zur Hauptsymptomatik (Baer et al., 2013). Zwischen 40 und 70 Prozent aller depressiv Erkrankten weltweit berichten, suizidale Gedanken zu haben (European Alliance against Depression, 2018), in der Schweiz sind es rund 60 Prozent, vor allem bei einer Beeinträchtigung der familiären Beziehung (Baer et al., 2013). Weltweit sterben 10-15 Prozent aller an einer schweren rezidivierenden Depression Leidenden durch Suizid. Bei Menschen, welche durch eine suizidale Handlung ums Leben kommen, litten 90 Prozent an einer psychischen Erkrankung, meistens an einer Depression. (European Alliance against Depression, 2018)

Auch das Bundesamt für Statistik (2017) der Schweiz bestätigt eine leichte Zunahme von Suiziden vom Jahr 2014 in das Jahr 2015.

1.3 Praxisrelevanz

Aus diesen Gründen ist die Sensibilisierung von Pflegefachpersonen, der Ärzteschaft sowie weiterem Gesundheitspersonal in einem Akutspital essentiell für die Therapieplanung und somit die Förderung des Genesungsprozesses der Betroffenen. Nur auf diesem Weg kann eine bestmögliche Behandlung und Erhaltung der Lebensqualität der erkrankten Person erreicht werden (WHO, 2017).

Aus dieser Thematik wird folgende Hypothese abgeleitet: Mit der frühzeitigen Identifizierung einer Depression und einer Behandlung, welche neben den somatischen auch die psychischen Aspekte im akutmedizinischen Rahmen beachtet, können Rehospitalisierungen, das Risiko einer somatischen Folgeerkrankung und Suizide vermieden und damit Leid erspart und Kosten reduziert werden. Damit lässt sich ein optimaler Genesungsprozess besser sicherstellen.

1.4 Zielsetzung

Das Ziel der Bachelorarbeit ist eine Sensibilisierung der Pflegefachpersonen für das Thema Depression bei Pflegebedürftigen im Akutspital sowie die Früherkennung dieser Erkrankung. Die Pflege soll die Förderung des Genesungsprozesses und den Erhalt der Lebensqualität anstreben, Folgeerkrankungen und Suizidalität sollen vermieden werden. Die Pflege soll um die psychiatrische Dimension erweitert werden, was einen Perspektivenwechsel der Institutionen erfordert.

Gedankliche Grundlagen dafür dürften vorhanden sein, denn eine Betrachtung von Leitbildern der Akutsomatik zeigt auf, dass die soziale Betreuung des Individuums genannt wird, ferner auch die Spezialisierung in einzelne Fachrichtungen, was auf eine zunehmende berufsübergreifende und umfassende Sichtweise zur Gewährleistung einer hohen Fachkompetenz hinweist (Spital Schwyz, o.J).

1.5 Fragestellung

In Bezug auf die Forschungsarbeit – die Auswertung von Studien – ergab sich folgende Fragestellung: „Wie äussert sich die Literatur zur Frage, wie die Pflegenden eines Akutspitals bei Patientinnen und Patienten eine bislang nicht entdeckte Depression identifizieren und darauf professionell reagieren können?“

1.6 Abgrenzung

Der Fokus der Arbeit liegt auf der Erkennung einer möglichen Depression im akut somatischen Bereich. Dabei wird eine spezifische Ätiologie der Depression, wie beispielsweise ein Trauma oder eine onkologische Erkrankung, nicht berücksichtigt. Aufgrund des begrenzten inhaltlichen Umfangs wird nicht auf das Thema Angst eingegangen, trotz der Annahme, dass eine gewisse Verwechslungsgefahr zwischen dem Symptom Angst und einer möglichen Depression bestehen könnte. Die Diagnostizierung selber ist speziellen Fachpersonen vorbehalten und wird nicht berücksichtigt.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden zentrale Definitionen des Themas aufgeführt, welche für die zu erarbeitende Fragestellung als relevant erscheinen. Es soll ein einfacher Einstieg in die Thematik ersichtlich werden.

2.1 Definitionen nach ICD-10

Die folgenden Definitionen wurden aus dem systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (2017, S. 192) genommen.

F32 Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Inklusiv: Einzelne Episoden von: depressiver Reaktion, psychogener Depression, reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2). Exklusiv: Anpassungsstörungen (F43.2), depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens (F91.0, F92.0), rezidivierende depressive Störung (F33.0).

F32.0 Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor. Einzelne Episode einer agitierten Depression, einzelne Episode einer majoren Depression [major depression] ohne psychotische Symptome, einzelne Episode einer vitalen Depression ohne psychotische Symptome.

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein. Einzelne Episoden: majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen, psychogene depressive Psychose, psychotische Depression, reaktive depressive Psychose.

F32.8 Sonstige depressive Episoden

Atypische Depression, einzelne Episoden der "larvierten" Depression o.n.A.

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Depression o.n.A., Depressive Störung o.n.A.

Für die Diagnose depressiver Episoden aller drei Schweregrade wird gewöhnlich eine Dauer von mindestens 2 Wochen verlangt; kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell auftreten. Die Differenzierung zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode beruht auf einer komplexen klinischen Beurteilung, die Anzahl,

Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt. (Dilling et al., 2011, S. 171)

Die Stimmung kann von Tag zu Tag variieren und obwohl sie grösstenteils nicht auf die jeweiligen Lebensumstände reagiert, kann sie charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Zusätzliche Symptomatik kann die Stimmungsänderung verdecken und somit die Diagnostizierung erschweren. Nach Etablierung des Schweregrads können Depressionen nach der Verlaufsform eingeteilt werden. Das Auftreten von mehr als einer einzelnen depressiven Episode ist einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) zuzuordnen. (Dilling et al., 2011)

Baer et al. (2013) betrachten es als kritisch, den Schweregrad als Ausgangspunkt der Diagnostik und für den Behandlungsbedarf zu betrachten. Die Schwelle der „depressiven Episode“ bei der Zusammenstellung der diagnostischen Kriterien wird als hoher Massstab bewertet und die Bezeichnung „leicht“ somit als missverständlich. Somit könnte beispielsweise auch ein chronischer Verlauf einer Depression, welcher den Schweregrad einer als „leicht“ benannten „depressiven Episode“ nicht erreicht, trotz seines bedeutenden Phänomens abgegrenzt werden.

2.2 Definitionen nach DSM-IV

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)“ ist das Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association, 2000). Es weist Ähnlichkeiten mit dem ICD-10 auf, was eine internationale Gleichheit vermuten lässt.

Damit eine „Major Depression“ vorhanden ist, müssen nebst anderen Symptomen mindestens entweder eine depressive Verstimmung oder ein Verlust an Interesse oder Freude während derselben 2-Wochen-Periode vorhanden sein und eine Änderung gegenüber dem vorher bestehenden Funktionsniveau darstellen. Die genaue Definition der „Major Depression“ nach Falkai und Wittchen (2015), basierend auf dem DSM-IV, wird im Anhang A aufgeführt.

2.3 Zusätzliche Definitionen

a. Fatigue

In NANDA International Pflegediagnosen gibt Heather Herdman (2013) folgende Umschreibung für Fatigue: „Ein überwältigendes, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung und eine verminderte Fähigkeit, körperliche und geistige Arbeit auf gewohntem Niveau zu

leisten“ (S. 251). Diese Definition erinnert an die Symptomatik einer Depression, welche als beeinflussender psychologischer Faktor der Fatigue aufgelistet wird.

b. Suizidalität

Die Neigung, sich das Leben nehmen zu wollen, gilt als ein gefährliches Problem der Depression. Sie ergibt sich aufgrund von Pessimismus und den Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit. Somit gelten Depressionen als häufigste Ursache von Selbsttötungen jeder Art. (Lundbeck [Schweiz] AG, 2017)

In der Liste der Risikofaktoren des Nurses Global Assessment of Suicide Risk – ein Risikoscreening zur Einschätzung der aktuellen Situation der betroffenen Person - wird ein deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse und Verlust an Freude aufgeführt (Ekert & Ekert, 2014).

c. Melancholie

Sigmund Freud soll die Melancholie in seinem Aufsatz „Trauer und Melancholie“ wie folgt beschrieben haben:

Melancholie sei ein seelischer Begriff, der [...] durch eine schmerzliche Verstimmung, mangelndes Interesse an der Außenwelt, Verlust der Liebesfähigkeit und Hemmung aller Leistungen gekennzeichnet sei. Hinzu kommen Faktoren wie die Abwertung des eigenen Selbstgefühls, das sich durch Selbstbeschimpfungen und Vorwürfe äußert.

Melancholie habe einen selbstzerstörerischen Aspekt und sei Ursache für Suizid.

(1916, zitiert nach Martin, 2017)

Diese Definition erscheint vergleichbar mit den Symptomen einer Depression. Ein relevantes Unterscheidungskriterium ist aber die nicht über längere Zeitdauer anhaltende Symptomatik. Im Vergleich dazu erläutert Frick (2009) die Melancholie im medizinischen Sprachgebrauch als „ein alter Ausdruck für depressives Kranksein, das mit einer verschärften Schuld-Wahrnehmung einher geht“ (S. 184).

3 Methodik

3.1 Literaturrecherche

Durch eine systematisierte Literaturrecherche soll die Fragestellung mit Studien aus den pflegerelevanten Datenbanken CINAHL, Medline und PsycINFO beantwortet werden. In den folgenden Tabellen wird die Suche mit den Datenbanken anhand von Keywords, Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie Limitierungen aufgelistet. Die verwendeten Keywords wurden anhand von Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ miteinander verbunden. Mit „NOT“ wurde eine Eingrenzung zur optimalen Einstellung der Suche auf die Fragestellung vorgenommen.

Tabelle 1

Auflistung Keywords

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch
Phänomen	Depression	depression, depressive illness
Setting	Akutspital	acute-care hospital, clinic, primary care
Population	Erwachsene	adult(s), adult person, grown-up(s)
Weitere	Pflege, pflegen	nurse, nursing, nursing staff, nursing care, nurse education, care, caregiving,
	Pflegeintervention	nursing interventions, care interventions, training
	Erfahrungen	experience
	Schulung	education
	Assessment	assessment, identification
	Screening	screening, screening tools
	Sensitivität	sensitivity
	Spezifität	specificity
	Fragen	questions

3.2 Ein-, Ausschlusskriterien und Limitierungen

In Tabelle 2 werden die zur Durchführung der Literaturrecherche ausgewählten Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitierungen aufgezeigt, was zur Eingrenzung der Suche dient.

Tabelle 2

Ein- Ausschlusskriterien, Limitierungen

Phänomen	Eingehen auf die Krankheit Depression. Ausschluss anderer psychischer Erkrankungen beziehungsweise von Depression als Nebeneffekt einer anderen Erkrankung. Damit Einschränkung des Inhaltes und Spezialisierung auf den Kernbereich.
Setting	Bezug nur zur Akutsomatik. Ausschluss psychiatrischer Kliniken, da das Personal eine spezialisierte Expertise aufweist. Einbezug weiterer Settings wie Spitex, Langzeitpflege oder Rehabilitationskliniken nur bei mangelndem Sucherfolg. Zwecks Vermeidung von kulturellen Unterschieden zur Schweiz und zur Gewährleistung einer korrekten Übersetzung werden ausschliesslich Studien in Europa, Nordamerika und Australien in deutscher oder englischer Sprache berücksichtigt.
Population	Die Fragestellung bezieht sich auf Pflegefachkräfte beziehungsweise deren Sensibilisierung und Expertise für die Erfassung eines geeigneten Screening-Instruments zur Erkennung einer Depression. Ärztliche und medikamentöse Interventionen werden nur dann berücksichtigt, wenn ein relevanter Vergleich zum Pflegefachpersonal erstellt werden kann. Bei den Patientinnen und Patienten Einschränkung auf Erwachsene, die Berücksichtigung älterer Menschen nur bei mangelndem Sucherfolg. Dies zwecks inhaltlicher Beschränkung der Arbeit und weil die nicht erfassten Gruppen (Kinder, Jugendliche, alte Menschen) andere Risikofaktoren, Ursachen und Verläufe einer Depression aufweisen (Lundbeck [Schweiz] AG, 2017).
Limitierungen	Verfassung in englischer oder deutscher Sprache. Einbezug von erwachsenen Personen im Alter von 18-65. Literatur ab Publikationsjahr 2003 zur Berücksichtigung neuerer Forschungsergebnisse, der Aktualität und Dringlichkeit der Thematik. Der Zeitraum der Jahre wurde gewählt, weil davon ausgegangen wird, dass die Depression ein aktueller Forschungsgegenstand ist und deshalb immer wieder neue Erkenntnisse und Studien vorliegen.

3.3 Studienauswahl

Mit Hilfe der Keywords in Tabelle 1 und der Kriterien in Tabelle 2 findet eine gezielte, drei monatige Literaturrecherche statt, zur Erfassung passender Forschungsartikel. Bei der Aussonderung wurde ein Screening anhand bestimmter Leitpunkte nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) berücksichtigt, welche hier stichwortartig erläutert werden:

- Abstract zeigt einen Überblick über die Thematik
- Beantwortung der Fragestellung ist möglich
- Nachvollziehbare Darlegung relevanter Schritte des Forschungsprozesses
- Genehmigung einer Ethikkommission wurde, falls erforderlich, eingeholt
- Referenzverzeichnis ist vorhanden
- Bekannte Expertise der Autorinnen/Autoren und bedeutende Interessenskonflikte
- Bekanntes oder Erfahrungswerte zur Qualität des Journals, allfälliges peer-review
- Gliederung EMED-Format zur Förderung des Textverständnisses

3.4 Evaluationsinstrumente zur Bestimmung des Evidenzlevels

Die Auswertung der Forschungsartikel erfolgte mit dem Arbeitsinstrument Critical Appraisal (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015). Anhand dessen Leitfragen entstand eine inhaltliche Zusammenfassung, eingeteilt in Einleitung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion, welche ein differenziertes Verständnis des bearbeiteten Forschungsartikels ermöglichte. Diese Leitfragen basierten auf folgenden Quellen: Lo-Biondo-Wood und Haber (2005), Burns und Grove (2005) sowie Lincoln und Guba (1985). Auf dieser Grundlage wurde eine systematische Gesamtwürdigung des Forschungsartikels erstellt. Als zentrale Quelle zur Definition der qualitativen Gütekriterien wurde das Set von Lincoln und Guba (1985), zur Definition der quantitativen Gütekriterien das Set von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) verwendet. Zur Bestimmung des Evidenzlevels der Publikationen wird Bezug auf die 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) genommen. Die AICA-Tabellen sind im Anhang D aufgeführt.

3.5 Vorstellen des Evidence-based Nursing Modells

Die pflegerischen Interventionen der bearbeiteten Forschungsartikel werden anhand des evidenzbasierten Modells nach Rycroft-Malone et al. (2004) dargestellt. Das Modell erleichtert eine objektive Analyse pflegerischer Entscheidungen anhand von vier Komponenten, welche in Tabelle drei nach Rycroft-Malone et al. (2004, zitiert nach Ullmann-Bremi & Natterer, 2009) erläutert werden.

Tabelle 3

Erklärung der vier Komponenten des Evidence-based Nursing Modells

Komponente	Erklärung
Ergebnisse der Pflegeforschung	Gilt als verlässlichste Quelle in Bezug auf aktuelle und überprüfte Literatur, darin beschriebene Situationen sollten nach wissenschaftlichen Kriterien gültig und verlässlich sein
Ziele und Vorstellungen von Pflegebedürftigen	Erfassung durch Befragungen, Beobachtungen, Einbezug von Patientinnen beziehungsweise Patienten und Angehöriger, starke Abhängigkeit von Wertvorstellungen und Erfahrungen des Individuums
Expertise der Pflegenden	Zusammensetzung aus professioneller Erfahrung und Lebenserfahrung der Pflegenden, oft intuitiv, kritische Hinterfragung und Weiterentwicklung notwendig
Umgebungsbedingungen	Know-How des interdisziplinären Teams, schriftliche Dokumentationen, Feedback und Gespräche auf der Abteilung, Beeinflussung durch politische, ökonomische, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte

4 Ergebnisse der Studien

In den folgenden Abschnitten werden die acht Ergebnisstudien zusammengefasst vorgestellt und kritisch gewürdigt. Die in Tabelle 2 aufgeführten Kriterien und Limitationen mussten aufgrund mangelnder Sucherfolge angepasst werden. Alle Forschungsartikel thematisieren zwar das Phänomen Depression, teilweise jedoch in Verbindung mit Begleiterkrankungen, in anderen Settings als jenem des Akutspitals oder auch unter Berücksichtigung älterer Personengruppen als 65 Jahre. Trotzdem wurden die gesetzten Forschungsziele der Studie so bewertet, dass sie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung und Zielsetzung leisten könnten.

4.1 Studie I

Tabelle 4

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study“, McIlrath, Keeney, McKenna und McLaughlin, 2010, Vereinigtes Königreich
Forschungsziel	Übereinstimmende Auffassung über geeignete Benchmarks (Massstäbe) zur Identifizierung und Vereinbarung einer effektiven primärmedizinischen Pflege für Erwachsene mit Depressionen
Forschungsbedarf	Anforderungen zur Verbesserung des gesamten Versorgungsprozesses bei Depressionen
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Delphi Technik
Sample	N=67, multiprofessionelles Expertengremium, Ablehnungen aufgrund schwerer Arbeitsbedingungen
Einschlusskriterien	Leiteten primärmedizinische Behandlungen bei Erwachsenen mit Depressionen, publizierten Artikeln über Depressionen bei Erwachsenen, führten Forschungs- oder Praxisentwicklungsinitiativen über primärmedizinische Depressionsdienste für Erwachsene durch, sind spezialisierte

	erfahrene Praktizierende im Bereich der Primärversorgung
Messverfahren / Datenerhebung	Fragebogen in drei Runden, Identifizierung der Wichtigkeit von Benchmarks-Statements auf einer 5-Punkte-Skala, Inhalt der Runden zwei und drei bezog sich auf die Ergebnisse der vorherigen Runde
Datenanalyse	Etablierung der Konsensebene auf mindestens 70 Prozent als starker Cut-off Point, Inhaltliche Analyse nach Newall und Burnard's (2006), Einteilung resultierender Benchmarks nach Donabedians (1980)

Zusammenfassung der Ergebnisse

73 Benchmarks zeigten das erforderliche Konsensniveau zur Beantwortung der Fragestellung. Folgende Aspekte wurden für die Pflegefachpersonen der Primärmedizin als relevant eingestuft: Die Beurteilung von Depression als ein Problem, welches Wert ist angegangen zu werden, die Erkennung von Depressionsdienstleistungen als Teil der eigenen Rolle, das Vorhandensein eines bestimmten Niveaus an Ausbildung und Kompetenzen, angemessene Schulungsmöglichkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen über Depression-Screening-Instrumente und die Fähigkeit grundlegender Bewertung zur Identifizierung von Depressionen. Bestimmte Benchmarks können einen grundlegenden Beitrag für das Pflegefachpersonal der Primärmedizin leisten: Eine geschützte Einführungszeit, Kurse zur Vorbereitung, regelmässige berufliche Fortbildung beziehungsweise Weiterentwicklung, klinische Überwachung und die Entwicklung eines primärmedizinischen Pflegemodells. Weitere Erkenntnisse thematisieren die Notwendigkeit einer effektiven Behandlung von Depressionen mit klaren Richtlinien für ein Screening und Management, die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, pharmakologische und psychologische Behandlung sowie die Nutzung alternativer Modelle zur Leistungserbringung. Schliesslich werden die Bereitstellung von Depressionsdiensten, angemessene Finanzierung und Ressourcenausstattung und die Unterstützung durch spezialisierte Fachkräfte erläutert.

Diverse Erkenntnisse können für den Praxistransfer verwendet werden. Die Beteiligung aller Fachkräfte mit klarer Rollenverteilung und Verantwortlichkeit sind unerlässlich. Weiter gilt die Ausbildung und Schulung des Pflegefachpersonals als essentiell zur Verbesserung der Expertise. Die Benchmarks sollen für die Überwachung, Bewertung und Verbesserung

der Qualität der in der Primärversorgung bei Depressionen erbrachten Dienstleistungen verwendet werden.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und hohen Prävalenz von Depressionen in der Primärversorgung als relevant bewertet. Das Forschungsziel wird explizit erwähnt.

Erfahrungswerte begründen das Design als hilfreiche Methode bei der systematischen Identifizierung und Konsensfindung zu einem Kernsatz geeigneter Benchmarks. Voraussetzungen sind ein sorgfältiges Verständnis der Delphi-Technik, die Identifikation von Expertinnen und Experten, der Entwurf eines Fragebogens, die Bestimmungen des Fragebogens sowie ein angemessenes Konsensniveau. Zur Gewährleistung der Validität und Reliabilität wird ein durchgängiges Einhalten systematischer und rigoroser Prozesse erfordert. Die Unklarheit über die Qualifikation des Forschungsteams schwächt die Validität, da dies als wichtige Voraussetzung für die Delphi-Technik gelten würde.

Die Ermittlung von potenziellen Panelteilnehmenden erfolgte durch eine umfassende Überprüfung von Literatur und Expertendatenbanken; die Anforderungen werden durch diverse Definitionen von Experten ersichtlich und die Bildung der Expertenpanelgruppen erfolgt auf ihrem spezifischen Gebiet. Der eher beschränkte Umfang der Stichprobe und die fünf unterschiedlichen Berufsgruppen schwächen die Gewährleistung einer eindeutigen Repräsentativität bezogen auf die Gesamtpopulation. Die interne Validität wird durch das niedrige Niveau von Spekulationen infolge der vorsichtigen Expertenauswahl aus bestimmten Fachgebieten gestärkt. Die Forschenden geben deutliche Hinweise auf die mehrfache Motivation der Teilnehmenden und erreichen somit eine hohe Rücklaufquote, was das Risiko einer unvollständigen Datenerfassung senkt. Dies trägt zur Stärkung der externen Validität bei, wobei sie durch fehlende Angaben zu Drop-Outs geschwächt wird. Die Einschlusskriterien des Expertengremiums erscheinen sinnvoll, die Praxiserfahrung ist aber unklar definiert. Weiter schränkt die Missachtung von Ausschlusskriterien und Angaben zum Setting die externe Validität ein. Der Standardisierungsgrad wird durch die Gleichbehandlung aller Teilnehmenden berücksichtigt.

Die Datenerhebung anhand des Messverfahrens wird mit literarischen Angaben zu Erfahrungswerten begründet und exakt beschrieben. Zur Überprüfung der Reliabilität und Validität wird ins Referenzverzeichnis verwiesen, jedoch ist unklar, ob die Massnahme zur Erreichung der besten Benchmarks geeignet ist. Die Herkunft der Fragen der ersten Runde ist unersichtlich. Die weiterfolgenden Runden basieren auf den vorherigen, womit der Zweck der Delphi-Technik erfüllt wurde. Zur Stärkung der Reliabilität und Validität wurde eine Pilotstudie mit zehn externen Fachleuten nach der ersten Runde durchgeführt, Angaben zu einer kompletten Wiederholungsuntersuchung fehlen. Die Erhebung der Outcome Variablen anhand eines elektronischen Formulars und die Festlegung eines zu erreichenden, literarisch begründeten Konsensniveaus begünstigt nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Durchführungsobjektivität. Die Interpretationsobjektivität kann durch individuelle Deutungen von offenen Fragen und die unmögliche totale Anonymität beeinflusst werden. Die Etablierung der Konsensebene sowie die Datenanalyse werden mit Literaturangaben untermauert. Die Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statistischen Analyseverfahren, was zur Stärkung der internen Validität beiträgt. Die einzelnen Schritte des quantitativen Verfahrens sind mehrheitlich referenziert, was die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens stärkt. Die Datenerhebung und Methodik kann einen Beitrag zur Erreichung des Forschungsziels leisten.

Die Teilnehmenden wurden über ihre Rechte informiert, ihre Bereitschaft zum Leistungsbeitrag abgefragt. Die zentrale Bedeutung der Autonomie der Teilnehmenden und die Bestätigung der Quasi-Anonymität wurden mit literarischen Angaben erläutert, die ethische Genehmigung durch die zuständige Kommission erteilt.

Im Ergebnisteil findet eine tabellarische Darstellung der Benchmarks mit erreichtem Konsensniveau nach Runde zwei und drei statt mit ergänzenden Aussagen im Text. Mögliche Verzerrungen, welche Schlussfolgerungen in Bezug auf die Realität erschweren, werden thematisiert. Anstelle einer umfassenden Bewertung wird viel mehr der Nutzen der ermittelten Benchmarks für die Stärkung bestimmter Thematiken erläutert. Der Umfang der Diskussion ist weitläufig, es werden diverse Vergleiche mit empirischer Literatur aufgestellt. Eine Grafik greift relevante Ergebnisse auf und dient der Verständlichkeit. Interpretationen der Forschenden werden nicht thematisiert. Die Erreichung des Forschungsziels wird durch die identifizierten Benchmarks abgeleitet. Die Hauptthemen sind in der Studie wiederholt erwähnt und spiegeln die wichtigsten Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Zukünftiges Forschungsmaterial wird kurz angedeutet.

4.2 Studie II

Tabelle 5

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„How ready are practice nurses to participate in the identification and management of depressed patients in primary care?“, Naji et al., 2004, Schottland (UK)
Forschungsziel	Ermittlung folgender Aspekte des Pflegefachpersonals der Allgemeinmedizin: Aktuelle Arbeitsbelastung und Praxis mit Depressiven, Einstellung und Wissen über Depressionen und deren Behandlung, Wahrnehmung des eigenen Wissens, Bereitschaft zur Arbeit mit Depressiven in der aktuellen Praxis und ihre Ansichten zur Weiterbildung
Forschungsbedarf	Bisher lückenhafte Ausbildung und Versorgung
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Beobachtungsstudie: Deskriptive Studie
Sample	N=442, Geschichtete Zufallsstichprobe, gesamtes Pflegefachpersonal, alle Allgemeinpraxen Schottlands
Ein-/Ausschlusskriterien	Keine Angaben
Messverfahren / Datenerhebung	Einmaliger Fragebogen: Persönliche Angaben, ihre Übereinstimmung mit bzw. ihr Abweichen von den Ergebnissen der nationalen Kampagnen „Defeat Depression Campaign“ und „Royal College of Psychiatrists, Changing Minds Campaign“, Erfassung des „Depression Attitude Questionnaire (DAQ)“
Datenanalyse	Bestätigung parametrischer und nicht parametrischer Test, Berechnung Odds Ratio, Mittelwert, Standardabweichung, Zentralwert, Angaben zu Signifikanzniveau (0.05) und Konfidenzintervalle (95%)

Zusammenfassung der Ergebnisse

Über 94 Prozent der teilnehmenden Pflegefachpersonen wurden von Patientinnen beziehungsweise Patienten über Aspekte der Depression befragt, was einen hohen Wissensbedarf dieser erahnen lässt. Trotz der häufigen Konfrontierung mit der Thematik bewerteten die teilnehmenden Pflegefachpersonen diverse Aussagen über das Krankheitsbild Depression falsch. Rund 82 Prozent fühlten sich inkompetent im effektiven Umgang mit Betroffenen, über 90 Prozent davon begründeten dies mit fehlender Expertise und Ausbildung. Eher fähig fühlten sich Teilnehmende, die während ihrer Ausbildung gute Erfahrungen im psychiatrischen Bereich gemacht hatten sowie jene, die seit der Ausbildung Fortbildungen zum Thema besucht hatten. Laut dem DAQ zeigte diese Gruppe eher die Fähigkeit zur Unterscheidung von Depressionen und Unglück. Auch wenn sie immer noch am häufigsten mit einem Kontakt zur Allgemeinmedizin intervenierte, nannte sie die Überweisung an psychiatrische Fachkräfte als mögliche Intervention und zeigte vermehrt die Bereitschaft dazu. Obwohl 57 Prozent der Teilnehmenden regelmässig antipsychotische Depotmedikamente verabreichten, wurden verhältnismässig wenig Angaben zu anderen möglichen Interventionen gemacht. Jüngere Teilnehmende bewerteten Psychotherapie erfolgreicher als Antidepressiva. Diverse Schulungen zu somatischen Erkrankungen wurden von Teilnehmenden mit höherer Priorität eingestuft als eine zukünftige Schulung zum Phänomen Depression. Trotzdem zeigten rund 84 Prozent Interesse an zukünftigen Kursbesuchen, bei vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Schliesslich zeigte diejenige Gruppe, welche sich kompetent im effektiven Umgang mit Betroffenen fühlte sowie Teilnehmende, die Interesse an Schulungen hatten und diese auch als Priorität einstufen, einen komfortableren Umgang mit Depressiven und ein weniger schwerfälliges Verhalten gegenüber dieser Arbeit. Sie bewerteten den Aufwand beziehungsweise den eigenen Einsatz als lohnenswert. Diese Gruppe empfahl auch die Durchführung von Psychotherapien durch darauf spezialisierte Fachkräfte. Diejenigen Teilnehmenden, die unlängst eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema besucht hatten, vermochten einen höheren Anteil der Betroffenen als depressiv einzuschätzen. 25 Prozent gaben allerdings an, seit ihrer Ausbildung noch nie eine Weiterbildung besucht zu haben. Schliesslich zeigten jene, die sich kompetent im Umgang mit Betroffenen fühlten, sowie auch jüngere Teilnehmende mit kürzerer Zeitspanne seit ihrer Ausbildung, eine weniger pessimistische Haltung. Sie hatten den Glauben an mögliche Veränderbarkeit der Erkrankungen, stuften sie beispielsweise als nicht

natürlichen Bestandteil des Alters ein und bewerteten die Behandlung bei Psychiaterinnen und Psychiater als effektiver.

Diverse Erkenntnisse können für den Praxistransfer verwendet werden. Die Verbesserung von Wissenslücken über Depressionen und Unsicherheiten bezüglich Management kann durch erforderliche Ausbildung des Pflegefachpersonals erreicht werden. Weiter sollen Trainingsprogramme eine Veränderung der negativen Einstellung und von fehlender Motivation bewirken. Dafür wären innovative Ansätze erforderlich.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und steigenden Prävalenz von Depressionen in der Allgemeinmedizin als relevant bewertet. Die fehlende Expertise der Fachpersonen wird im theoretischen Bezugsrahmen beschrieben. Das Forschungsziel wird formuliert.

Die deskriptive Statistik verlangt die Beschreibung einer Tatsache, nicht jedoch die Bewertung oder Ableitung von Handlungsempfehlungen. Diese nicht-interventionelle Studie ist weniger aussagekräftig in Bezug auf die externe Validität.

Die Ziehung einer Zufallsstichprobe durch Stratifizierung potenzieller Teilnehmenden durch die Gesundheitsbehörden und auserwählt anhand eines computergesteuerten Randomisierungsverfahrens, stärkt die Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation. Es wird keine simple size calculation durchgeführt und die Rücklaufquote befindet sich im unteren Bereich der Akzeptanz. Die Forschenden vermuten, dass ein Gefühl von Unbehagen im Umgang mit psychischen Problemen einen negativen Einfluss auf die Rücklaufquote hatte. Trotzdem bewerten sie den Umfang der Stichprobe als angemessen und bestätigen die Möglichkeit einer einigermaßen sicheren Extrapolation durch Überprüfung von Literatur. Die Vernachlässigung spezifischer Ein- und Ausschlusskriterien, wie beispielsweise frühere Erfahrungen mit Depressiven, der Stichprobe könnte zu einer Datenverzerrung führen und schwächt die interne und externe Validität. Der Standardisierungsgrad wird durch die Gleichbehandlung aller Teilnehmenden berücksichtigt.

Eine Begründung der Datenerhebung anhand eines Fragebogens findet nur begrenzt statt; im Vergleich dazu wird die Verwendung der nationalen Kampagnen sowie des „Depression Attitude Questionnaires“ exakt erläutert. Zur Überprüfung der Reliabilität und

Validität der Instrumente wird ins Referenzverzeichnis verwiesen, bei dessen Betrachtung deren Bestätigung gewährleistet werden kann, trotz älterer Literatur. Es wurde bisher keine Wiederholungsuntersuchung zur Bestätigung der Reliabilität durchgeführt. Die Erhebung der Outcome Variablen unter Miteinbezug von nationalen Daten und anhand von Messinstrumenten begünstigt nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Durchführungsobjektivität. Die Interpretationsobjektivität kann durch individuelle Deutungen bei offenen Fragen beeinflusst werden. Das Fehlen von Angaben zur Datenanalyse schwächt die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens. Die Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren, was zur Stärkung der internen Validität beiträgt. Ansonsten sind die einzelnen Schritte des quantitativen Verfahrens referenziert. Die Datenerhebung und Methodik kann einen Beitrag zur Erreichung des Forschungsziels beitragen.

Zwar werden keine ethischen Angaben gemacht, jedoch wird die Freiwilligkeit an der Teilnahme ersichtlich.

Die Ergebnisse werden tabellarisch korrekt dargestellt. Im Text sind Erweiterungen mit Einteilung in Gruppen und Angaben zum erreichten Signifikanzniveau zu finden.

Die Diskussion wird in Paragraphen eingeteilt, Herleitung und Folgerung sind schlüssig und nachvollziehbar. Interpretationen der Forschenden sowie mögliche Verzerrungen, welche eine Schlussfolgerung in Bezug auf die Realität erschweren, werden thematisiert. Die Forschenden diskutieren die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Verantwortlichkeiten des Pflegefachpersonals in Schottland je nach Arbeitgeber, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Studie erschweren könnte. Sie bestätigen jedoch keine gleichförmigen oder systematischen Unterschiede beim Pflegefachpersonal oder den Praktiken, weshalb eine erschwerte Generalisierbarkeit eher auszuschliessen ist. Die Erreichung des Forschungsziels wird durch die Resultate abgeleitet. Die Hauptthemen sind in der Studie wiederholt erwähnt und spiegeln somit die wichtigsten Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Zukünftiger Forschungsbedarf wird nicht erwähnt.

4.3 Studie III

Tabelle 6

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare“ (TRIAD), Brown, Raue, Roos, Sheeran und Bruce, 2010, Vereinigte Staaten von Amerika
Forschungsziel	Umsetzung, Akzeptabilität und Vertrauensstärkung bei der Verwendung des TRIAD zur Verbesserung der Fähigkeit des Pflegefachpersonals der häuslichen Pflege bei der Erkennung und geeigneten Überweisung im Verdachtsfall einer Depression, bei medizinisch kranken älteren Erwachsenen
Forschungsbedarf	Depressionsforschung in der häuslichen Pflege aufgrund hoher Prävalenz in der häuslichen Pflege
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Interventionsstudie: Randomisierte kontrollierte Studie
Sample	Zufallsstichprobe, drei Institutionen, häusliche Pflege, Interventionsgruppe N=17, Kontrollgruppe N=19
Ein-/Ausschlusskriterien	Arbeitsleistung von Minimum 20 Stunden pro Woche, Interventionsgruppe Teilnahme am TRIAD
Messverfahren / Datenerhebung	TRIAD: Unterrichtsstrategien, Verhaltensänderungen, Identifizierung und Symptomatik Depressionen und Suizid. Befragung Vergleichsgruppen vor und 1 Jahr nach TRIAD: Selbstvertrauen bei Beurteilung von Depressionen, Gewissheit bei Beurteilung von vermindertem Interesse oder verminderter Freude an Aktivitäten, Bewertung Interventionsgruppe: Programminhalt entsprechend Zielen, Umsetzbarkeit Praxis
Datenanalyse	T-Test, Chi-Quadrat, Fisher-Test: Bewertung unterschiedlichen Pflegeverhaltens zwischen Gruppen Paarweise t-Test: statistisch signifikante Unterschiede vor und nach der TRIAD Schulung

Zusammenfassung der Ergebnisse

Das TRIAD ist ein Ausbildungsprogramm, welches in erster Linie dazu dient, Depression zu erkennen, Fähigkeiten im Umgang damit aufzubauen und die Überweisung im Verdachtsfall vorzunehmen. Die Studie wurde anhand von zwei Vergleichsgruppen – Interventionsgruppe und Kontrollgruppe – durchgeführt. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Demographie, Pflegeerfahrung oder Ausbildung der beiden Vergleichsgruppen festgestellt. Zu Beginn der Studie gaben beide Vergleichsgruppen das gleiche Mass an Selbstvertrauen bezüglich ihrer Fähigkeit zur Erkennung depressiver Stimmung und ihrer Beurteilung von vermindertem Interesse beziehungsweise Freude an. Ein Jahr nach der TRIAD Schulung erzielte die Interventionsgruppe einen statistisch signifikanten Anstieg bezüglich beider Kompetenzen, während die Ergebnisse der Kontrollgruppe keine Veränderungen zeigten. Alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe berichteten über das Erreichen der Hauptziele des TRIAD und abgesehen von einer Person bewerteten alle die präsentierten Informationen als umsetzbar in der Praxis.

Das TRIAD würde dem Pflegefachpersonal zusätzliche Fähigkeiten und Selbstvertrauen bei der Integration der Depressionsbetreuung in deren Institution verschaffen. Der Inhalt des Programms müsste abgestimmt sein auf die jeweilige Institution und auf deren Voraussetzungen Rücksicht nehmen. Dies würde eine instruierende Person erfordern wie auch die Verfügbarkeit eines Mitarbeitenden mit fundierter Ausbildung sowie Erfahrung und Expertise bei Fragen der psychischen Gesundheit.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und Verbreitung von Depressionen bei älteren Erwachsenen in der Akut- und Langzeitpflege wie auch in der Primärversorgung als relevant bewertet. Mit empirischer Literatur wird sowohl auf die Thematik wie auch den Forschungsbedarf eingegangen. Das Forschungsziel wird explizit formuliert.

Das Prinzip einer randomisierten kontrollierten Studie mittels zweier Vergleichsgruppen gewährleistet eine hohe interne Validität durch das Verhindern einer Selektionsverzerrung. Das Ziehen einer Zufallsstichprobe trägt zur Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation bei und stärkt somit die externe Validität. Es wird keine simple size calculation durchgeführt, der Umfang der Stichprobe erscheint trotzdem angemessen. Zur Lokalisation der drei Institutionen der häuslichen Pflege, in welchen die Teilnehmenden

rekrutiert wurden, sind keine Angaben vorhanden. Die Anzahl der Drop-Outs ist ersichtlich, jedoch weder begründet noch nachvollziehbar. Die Einschlusskriterien der Stichprobe werden als relevant bewertet. Die Missachtung von Ausschlusskriterien, wie unterschiedliche Erfahrungswerte oder bereits besuchte Schulungen, schwächen die externe Validität. Trotzdem bestätigen die Forschenden keine statistisch signifikanten Unterschiede der Charakteristika der Vergleichsgruppen. Der Standardisierungsgrad ist gegeben, was die Objektivität stärkt.

Sowohl das Messverfahren wie auch die Datenerhebung werden ausführlich beschrieben, was zur Gewährleistung der Reproduzierbarkeit der Studie beiträgt. Empirische Daten bereits durchgeführter Studien bestätigen die Reliabilität und Validität des TRIAD. Auch die beschriebene Entwicklung und die Umfrage mit Pilotteilnehmenden zur Bestimmung der Bereitschaft stärkt die Reliabilität. Zwei Auszubildende der TRIAD-Schulung waren Teil der Entwicklung und Pilotierung der Intervention. Die Erhebung von Outcome Variablen anhand von Messinstrumenten begünstigt nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Durchführungsobjektivität. Der unbewusste Einfluss bei der Befragung darf bei der Interpretationsobjektivität nicht vernachlässigt werden. Die Datenanalyse weist Schwachstellen auf; die Berechnung des Medianwertes, der Wincoxon-Test zwischen den Vergleichsgruppen und der Mann-Whitney-Test innerhalb der Interventionsgruppe wäre aufgrund des Skalenniveaus bestimmter Variablen geeigneter gewesen. Die einzelnen Schritte des quantitativen Forschungsprozesses sind referenziert, was die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens stärkt. Die Datenerhebung und Methodik kann einen Beitrag zur Erreichung des Forschungsziels leisten.

Das Einholen einer Einverständniserklärung aller Teilnehmenden wird erläutert, sonstige Angaben zur Ethik sind nicht vorhanden.

Die Ergebnisse werden anhand von präzisen Angaben begründet. Tabellarische Informationen zur Lehrstrategie des TRIAD und Charakteristika der Stichprobe dienen der Verständlichkeit. Die Diskussion ist schlüssig. Es werden frühere Studien referenziert. Eigene Interpretationen der Forschenden und Verzerrungen fehlen. Die Erreichung des Forschungsziels wird durch Bestätigung der Annahmen abgeleitet. Die wiederholten Hauptthemen in der Studie spiegeln wichtigste Ergebnisse mit Praxisimplikationen. Zukünftiger Forschungsbedarf wird nicht erwähnt.

4.4 Studie IV

Tabelle 7

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Evaluation of nurses’ perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting“, Ski, Munian, Rolley und Thompson, 2014, Australien
Forschungsziel	Evaluierung der Wahrnehmung des Pflegefachpersonals der Kardiologie in Bezug auf ein Ausbildungsprogramm, ein Depressions-Screening und ein Überweisungsinstrument und somit eine Wissenserweiterung in Bezug auf die Prävalenz und Identifizierung bei Herzerkrankten
Forschungsbedarf	Bisheriger Mangel an evidenzbasierten Systemen zur Erleichterung Routine-Screenings, Depression wird vom Pflegefachpersonal als normale Begleiterscheinung einer Herzerkrankung angesehen
Methodik	
Ansatz/Design	Qualitativ, Evaluationsforschung
Sample	N=14 Pflegefachpersonen, Zielgerichtete Stichprobe, 2 Herzzentren eines grossen städtischen Krankenhauses, Ablehnungen aufgrund hoher Arbeitsbelastung und hohem Zeitdruck
Einschlusskriterium	Teilnahme am Ausbildungsprogramm
Messverfahren / Datenerhebung	1. Ausbildungsprogramm: Symptomatik, Definition und Depressionstypen anhand DSM-IV, Beispiele effektiver Praxis, 2. 6 Wochen Praxisimplementierung beider evidenzbasierter Assessmentinstrumente 3. Fokussierte halbstrukturierte Interviews nach 6 Wochen zur Erfassung Fähigkeiten und Kenntnisse
Datenanalyse	Pragmatischen Datenanalyse nach Halcomb und Davidson (2006)

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurden zwei Schlüsselergebnisse des teilnehmenden Pflegefachpersonals identifiziert, welche von klinischer Bedeutung sind: Einerseits die Fundierung von Kenntnissen über Depressionen bezüglich Symptomatik, dies unabhängig von der Erfahrung oder Position, andererseits die unterstützende Wirkung des Screenings- und Überweisungsinstrumentes bei der Identifizierung der symptomatischen Depression und der Überweisung von Risikopatientinnen beziehungsweise -patienten.

Wichtigste Ergebnisse wurden in drei Kategorien eingeteilt: Eine Vertiefung der Kenntnisse über komorbide Depressionen und die koronare Herzkrankheit, die Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei der Identifizierung von Depressionen auf der Kardiologie und die Implikation der Ausbildung in der klinischen Praxis.

Diverse Erkenntnisse können für den Praxistransfer verwendet werden. Wichtig ist zu erkennen, dass die Betreuung einer an einer psychischen und physischen Krankheit leidenden Person sehr komplex ist und die Gefahr der Fehldiagnose besteht. Es muss Wert auf die Ausbildung und Aufklärung des Pflegefachpersonals gelegt werden. Damit die Symptomatik möglichst frühzeitig erkannt werden kann, ist die Einführung geeigneter Instrumente/Vorgaben für den Einsatz auf der Kardiologie essentiell.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und der hohen Prävalenz einer Depression auf der Kardiologie in Verbindung mit kardialen Ereignissen als relevant bewertet. Der Forschungsbedarf wird im theoretischen Bezugsrahmen mit einem Mangel an evidenzbasierten Systemen, welche die Durchführung eines Screenings erleichtern würden, begründet. Das Forschungsziel wird explizit erwähnt.

In Bezug auf das Forschungsziel erscheinen die Implementierung beider Instrumente und ein darauffolgendes Erlangen von detaillierten, subjektiven und individuellen Erkenntnissen durch Verbalisierung von Erfahrungen in den halbstrukturierten Interviews zweckmässig.

Die zielgerichtete Stichprobenziehung ist geeignet, da es das Ausbildungsprogramm absolvierende und im Setting tätige Personal betrifft. Somit erfüllen die Teilnehmenden relevante Merkmale zur Fallauswahl sowie Merkmalsausprägungen. Die minimale Betrachtung relevanter Merkmale sollte jedoch kritisch hinterfragt werden, da keine

weiteren Ein- und Ausschlusskriterien, wie beispielsweise unterschiedliche Erfahrungen oder Arbeit mit einer Depression, berücksichtigt werden. Weiter verhindert der Stichprobenplan das Entdecken von typischen Merkmalen, was jedoch nicht erwartet wird. Die Einschränkung der Befunde durch den geringen Stichprobenumfang, die begrenzte Lokalisation der Stichprobenerhebung und die Anzahl von Ablehnungen an der Teilnahme könnten die Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug die Gesamtpopulation einschränken. Trotzdem bestätigen die Forschenden das Erreichen der Datensättigung, was als Leitmotiv zur Bestimmung des Endzeitpunktes des Interviews galt. Auch die Nachvollziehbarkeit der Begründungen für die Ablehnung potenzieller Teilnehmenden und das Fehlen von Drop Outs im Verlauf des Forschungsprozesses ist positiv zu bewerten. Die Gleichbehandlung aller Teilnehmenden berücksichtigt den Standardisierungsgrad, während die Möglichkeit unterschiedlicher Umgebungsbedingungen und der Umgang mit Teilnehmenden den Standardisierungsgrad tangieren könnte.

Es wird eine genaue Beschreibung und Zielsetzung des Ausbildungsprogrammes vorgenommen, die Implementierung der beiden Instrumente wird mit evidenzbasierten Daten und Überprüfung der Literatur untermauert. Die Teilnehmenden werden während der Durchführung von multidisziplinären Gesundheitsexperten begleitet. Auch die fokussierten halbstrukturierten Interviews, die Auditinhalte sowie der Auditprozess werden schrittweise beschrieben.

Die Datenanalyse wird differenziert aufgeführt und mit Literaturangaben erläutert, zur Stärkung der Glaubwürdigkeit. Das Member-Checking anhand der parallelen Analyse während des Interviews zielt auf eine Präzision und Verdeutlichung von Aussagen ab und nimmt durch Wiederholungen und Klärungen von Antworten eine Überprüfung der Gültigkeit vor bis keine neuen Themen mehr hervorgehen. Die sechsstufige pragmatische Datenanalyse nach Halcomb und Davidson (2006) ermöglicht ein reflektiertes Journaling zur Überprüfung der Notizen parallel und nach jedem Interview, wobei notwendige Ergänzungen der Informationen zur Unterstützung von Interpretationen vorgenommen werden können. Der Triangulationsprozess dieser Analyse beinhaltet eine sekundäre Validierung durch internes Gegenlesen der Interviewergebnisse. Die Ungewissheit der Qualifikation der Forschenden beeinflusst die Glaubwürdigkeit jedoch negativ. Die Bewertung der Programmergebnisse der Ausbildung nach Donabedians „Structure-Process-Outcome“ (1966) gilt als gängiges Modell im Gesundheitswesen und passt die Beurteilung dem Setting der Kardiologie an. Die einzelnen Schritte des qualitativen

Forschungsprozesses sind referenziert, was das Replizieren der Ergebnisse in einer weiteren Studie erlaubt und die Bestätigung stärkt.

Das Einholen einer Einverständniserklärung aller Teilnehmenden sowie die Genehmigung der ethischen Kommission des Dienstes und der Universität werden bestätigt.

Die Ergebnisse werden detailliert beschrieben und diskutiert, was die Übertragbarkeit des Vorgehens stärkt, da Resultate für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden könnten. Nach der Überarbeitung der Transkripte werden zwei signifikante Schlüsselergebnisse identifiziert und bei den signifikanten Kernaussagen eine Kategorisierung vorgenommen. Es werden plausible Originalzitate aus dem Interview illustriert und mit literarischen Angaben verglichen. Dabei ist jedoch unklar, von wie vielen Teilnehmenden die Originalzitate unterstützt werden. Die Zuverlässigkeit wird durch den unklaren Vorgang der Kategorisierung und das Fehlen der Überprüfung der Datenanalyse und -ergebnisse durch ein hochschulinternes oder –externes Gremium negativ beeinflusst.

In der Diskussion werden mögliche Verzerrungen thematisiert, um die gesamte Breite der Thematik zu beleuchten und um von den Ergebnissen auf die Realität schliessen zu können. Es werden frühere Studien referenziert. Die Erreichung des Forschungsziels kann durch die Bestätigung der Annahmen abgeleitet werden. Die Hauptthemen der Studie werden wiederholt aufgezeigt und spiegeln somit die wichtigsten Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Interpretationen der Forschenden und zukünftiger Forschungsbedarf fehlen.

4.5 Studie V

Tabelle 8

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Primary Care – Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study“, Arroll, Khin und Kerse, 2003, Neuseeland
Forschungsziel	Ermittlung der diagnostischen Genauigkeit eines einfachen Screening-Instrumentes zur Identifizierung einer Depression in der Allgemeinmedizin, im Vergleich zu einem computergestützten internationalen Diagnose Interview (CIDI)
Forschungsbedarf	Häufig auftretendes, kostspieliges psychisches Gesundheitsproblem in der Allgemeinmedizin
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Beobachtungsstudie: Querschnittsstudie
Sample	N=421, Gelegenheitsstichprobe, 15 Allgemeinpraxen in Auckland
Ausschlusskriterium	Einnahme von Psychopharmaka
Messverfahren / Datenerhebung	1. Zwei Fragen in Form eines kurzen Screening-Instruments: <i>„Fühlten Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos? Verspürten Sie während des letzten Monats oft mangelndes Interesse oder Freude an der Arbeit oder im Leben?“</i> , 2. Durchführung „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“ bei positiver Beantwortung beider Fragen
Datenanalyse	Ermittlung Wahrscheinlichkeitsquotienten, Sensitivität, Spezifität, gemäss Empfehlungen der Standards für Reporting Diagnostic Accuracy Streering Group

Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand der zwei Screening-Fragen wurden 157 Teilnehmende als positiv und 264 als negativ depressiv bewertet. 28 der 157 positiv bewerteten und eine Person der 264 negativ bewerteten, wurden nach anschliessender Einschätzung anhand des CIDI als tatsächlich depressiv eingestuft. Die zwei mündlich gestellten Screening-Fragen zeigten eine Spezifität von 67 Prozent und eine aufgrund der hohen Anzahl falsch-positiver Ergebnisse erreichte Sensitivität von 97 Prozent. Dies spiegelt sich auch in der bescheidenen Wahrscheinlichkeitsquote von 18 Prozent für ein positives Testergebnis wieder. Im Gegensatz dazu erwies sich die Wahrscheinlichkeitsquote für ein negatives Ergebnis als niedrig, weshalb bei der sechs prozentigen Prävalenz einer schweren Depression, ein negativer Test fast immer negativ ausfallen würde.

Die Forschenden diskutierten die möglichen Fehlalarme bei der Identifizierung anhand der Screening-Fragen, welche durch weitere Fragen zur Abklärung oder die Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen entschärft werden kann. Die kurzen Screening-Fragen zeigen einen guten Kompromiss zwischen dem Zeitaufwand und dem Wahrscheinlichkeitsverhältnis der Ergebnisse.

Der Nutzen dieser Studie wird wie folgt beschrieben: Die Ärzteschaft verschreibt den Patientinnen und Patienten, bei welchen sie eine Depression diagnostiziert haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine medikamentöse Therapie zur Behandlung des Phänomens. Die Forschenden bewerten die beiden Fragen aufgrund ihrer Validität und ihres Umfangs als potenziell nützliches Screening-Instrument für Depressionen.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität des Phänomens und infolge der momentanen Einstellung gegenüber Screening-Instrumenten in der Allgemeinmedizin als relevant betrachtet. Die Forschenden fokussieren sich dabei auf die Identifizierung einer Depression und nicht deren Behandlung. Das kurze Assessment wäre in der Praxis leicht umsetzbar und könnte ein angemessener Ansatz zur Einleitung weiterer Massnahmen bei der Diagnostik einer Depression sein.

Die Designwahl wird kurz erläutert. Es wurde keine Zufallsstichprobe erhoben, was eine vollständige Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation einschränkt. Die Festlegung eines Ausschlusskriteriums zur Integration in die Stichprobe, könnte eine mögliche Datenverzerrung mit sich bringen. Es wurden Angaben zu den Drop-Outs gemacht, wobei nicht begründet wird, weshalb ein Anteil potenzieller Teilnehmender

nicht befragt werden konnte. Die Zielpopulation erscheint sinnvoll und der Umfang der Stichprobe erweist sich als angemessen. Der Standardisierungsgrad ist gegeben da alle Teilnehmenden gleich behandelt wurden.

Die einmalige Datenerhebung einer Querschnittsstudie erscheint in Betrachtung des Forschungsziels sinnvoll; trotzdem besteht die Gefahr einer unvollständigen Datenerfassung bei möglichem rezidivierendem Verlauf einer Depression oder die Verwechslungsgefahr mit anderen Symptomen wie Angst oder Melancholie. Die Durchführungsobjektivität wird durch die Datenerhebung anhand spezifischer Fragen gestärkt, die Interpretationsobjektivität kann durch individuelle Deutungen beeinflusst werden. Die Expertise der Forschenden wie auch die der datenerhebenden Ärzteschaft ist kritisch zu hinterfragen. Zur Bestätigung der Reliabilität des CIDI wurde ein Wiederholungstest durchgeführt und mit einer klinischen Beurteilung in der Neuropsychiatrie verglichen. Die Reliabilität und Validität wird durch Überprüfung der im Referenzverzeichnis angegebenen Literatur gestärkt. Trotzdem kann nicht davon ausgegangen werden, dass die beiden Fragen wirklich eine Depression vermuten lassen, zur Einleitung weiterer Massnahmen und anhand empirischer Literatur erscheinen sie jedoch sinnvoll. Die Vorgehensweise der Datenanalyse wurde nur knapp erläutert. Die einzelnen Schritte des quantitativen Forschungsprozesses sind somit nicht vollständig referenziert, was die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens schwächt. Die Variablen erfüllen jedoch das vorausgesetzte Skalenniveau der statistischen Verfahren.

Es wurden Angaben zu einer ethischen Genehmigung einer Kommission gemacht, die Angaben zu Ablehnungen an der Teilnahme weisen auf eine freiwillige Partizipation hin.

Die Ergebnisse wurden präzise mit Anzahl zur Sensitivität, Spezifität und Wahrscheinlichkeitsquotient angegeben. In den Tabellen wurden die wichtigsten Resultate zum Verständnis aufgelistet.

In der Diskussion wird nochmals prägnant und kurz auf die Ergebnisse eingegangen. Als Vergleich werden frühere Studien referenziert. Die Forschenden erwähnen die Möglichkeit einer Datenverzerrung aufgrund der fehlenden Vergleichsgruppe. Das Screening-Instrument halten sie aufgrund der einfachen und zeitsparenden Anwendung als guten Ansatz für die Praxis, jedoch lediglich zur Einleitung von Massnahmen und nicht für eine alleinige Diagnosestellung.

4.6 Studie VI

Tabelle 9

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Identifying tumor patients' depression“, Singer et al., 2010, Deutschland
Forschungsziel	Vergleich der Präzision und Zuverlässigkeit zweier Messmethoden zur Erfassung möglicher Depression
Forschungsbedarf	Prävalenz von Depressionen bei Krebserkrankten, Essenz der Identifizierung zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung, unbefriedigende Identifizierungsquoten psychischer Probleme bei Krebserkrankten durch zwei unvollkommene Messmethoden im Gegensatz zu strukturierten Interviews
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Beobachtungsstudie: Querschnittsstudie
Sample	N=329 Teilnehmende, Gelegenheitsstichprobe, 2 Akutspitäler in Leipzig,
Ausschlusskriterium	Neu diagnostizierte Tumorerkrankung, mindestens 18 Jahre alt, ausreichende Deutschkenntnisse, körperlichen und geistigen Zustand, der Teilnahme an einem mindestens 45-minütigen Interview erlaubt
Messverfahren / Datenerhebung	1. „Structured Clinical Interviews for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV“ (SCID), 2. Vergleich mit “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS), 3. Vergleich mit Beurteilung Gesundheitszustand, Symptom Hoffnungslosigkeit, Notwendigkeit professioneller Unterstützung durch Pflegefachpersonal oder Ärzteschaft
Datenanalyse	Dichotomisierung Beurteilung Gesundheitsteam, Vergleich mit „HADS-Score“ und „SCID-Status“

Zusammenfassung der Ergebnisse

Das SCID als Goldstandard stellte bei 28 von 329 Teilnehmenden eine klinische Depression fest, von welchen das HADS 27 identifizierte. Im Vergleich dazu beurteilte das Pflegefachpersonal 19 davon als depressiv und erkannte die Hoffnungslosigkeit als Schlüsselsymptom in drei Fällen. Bei 25 Prozent der klinisch Depressiven wurde der professionelle Unterstützungsbedarf vom Pflegefachpersonal als notwendig eingeschätzt, erkannt, bei 60 Prozent war es unsicher.

Es zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Identifizierungsquote einer klinischen Depression bei Tumorerkrankten, wenn das HADS zusätzlich – neben der Beurteilung durch das Gesundheitsteam - angewandt wurde. Eine wichtige Erkenntnis der Studie lautete ausserdem: Während das Pflegefachpersonal im Vergleich zur Ärzteschaft eine bessere Sensibilität bei der Identifizierung der klinischen Depression erwies, zeigte die Ärzteschaft eine bessere Sensibilität bei der Einleitung von Massnahmen.

Diverse Erkenntnisse können für den Praxistransfer zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Tumorerkrankten zu Beginn der stationären Behandlung verwendet werden. Vordergründig wird eine Ermutigung des Gesundheitsteams zur regelmässigen Verwendung von Fragebögen als essentiell eingestuft. Gerade Pflegeberufe sollten eine Verbindung zwischen der Anwendung eines Screening-Instruments und persönlichen Gesprächen herstellen. Weiter gilt als relevant, dass die Fachkräfte im Gesundheitswesen geschult werden, um psychische Krankheiten bei Tumorerkrankten identifizieren zu können.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und Verbreitung von Depressionen bei Krebserkrankten als relevant bewertet. Die Anwendung der Messverfahren wird im theoretischen Bezugsrahmen begründet. Das Ziel der Forschungsarbeit wird explizit erwähnt.

Es wird kein Bezug zur Wahl des Designs genommen. Da das Prinzip einer Querschnittsstudie die einmalige Datenerhebung befolgt und diese Studie der erste Messzeitpunkt für eine grössere, prospektive Studie darstellt, kann die Gefahr einer unvollständigen Datenerfassung nicht ausgeschlossen werden. Gründe dafür sind Aspekte des Krankheitsbildes Depression, wie beispielsweise ein möglicher

rezidivierender Verlauf. Weiter besteht eine gewisse Verwechslungsgefahr mit Symptomen wie Angst oder Melancholie.

Die Ziehung einer Gelegenheitsstichprobe schränkt die Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation ein. Es wird keine simple size calculation durchgeführt, der Umfang der Stichprobe erscheint trotzdem angemessen. Die Rücklaufquote ist relativ niedrig, infolge diverser Ablehnungen bezüglich der Teilnahme. Die Forschenden bestätigen jedoch die verringerte Relevanz von Auswahlverzerrungen und erwähnen Gründe für die Drop-Outs. Die Einschlusskriterien der Stichprobe sind in Bezug auf die interne Validität kritisch zu hinterfragen; Literaturangaben bestätigen die Unterscheidung der Ätiologie und Symptomatik des Krankheitsbildes Depression bei älteren Menschen ab 65 Jahren im Vergleich zu Jüngeren (Lundbeck [Schweiz] AG, 2017). Ausserdem werden nur bestimmte Kliniken in zwei Akutkrankenhäusern berücksichtigt, die Unterschiede des Tumorstadiums wie auch der -lokalisation werden vernachlässigt. Weiter schränkt die Missachtung von Ausschlusskriterien, wie beispielsweise eine bereits bekannte Depression oder die Einnahme von Psychopharmaka, die externe Validität ein. Der Standardisierungsgrad wird durch die Beurteilung der Teilnehmenden durch unterschiedliche Berufsgruppen tangiert. Die Forschenden bestätigen jedoch die Unabhängigkeit der berechneten Sensitivitäts- und Spezifitätsraten von der Prävalenz und infolge dessen die Verhinderung einer Selektionsverzerrung auch wenn eine mögliche Unterrepräsentation von Depressiven besteht bei der Beurteilung durch das Pflegefachpersonal.

Die Datenerhebung anhand der Messinstrumente wird mit literarischen Angaben zu Erfahrungswerten begründet und exakt beschrieben. Die Reliabilität und Validität des SCID als Goldstandard wird durch folgende Faktoren gestärkt: Durch intensives Training und Supervision wird die Konsistenz des Interview-Ratings sichergestellt, die Forschenden erwähnen Dokumentationen bereits geprüfter Reliabilität und die Durchführung einer Wiederholungsuntersuchung mit 45 zufällig ausgewählten Teilnehmenden erreicht einen Cohens-Kappa von 0.95. Beim HADS wird ein von der Literatur empfohlener Cut-off-Point festgelegt. Die Reliabilität und Validität wird durch Überprüfung der im Referenzverzeichnis angegebenen Literatur gestärkt. Bei der Beurteilung durch das Gesundheitsteam sind lückenhafte Angaben vorhanden, die Unklarheit bezüglich vorhandener Expertise der Bewertenden ist kritisch zu hinterfragen. Obwohl bei diesem Messverfahren der Schwerpunkt auf der Untersuchung der Einleitung von Massnahmen

liegt, diskutieren die Forschenden folgende Verzerrungen: Die Möglichkeit der Untauglichkeit der dem Gesundheitsteam gestellten Fragen wie auch das Bestehen einer tieferen Wahrscheinlichkeit, dass stark Depressive an der Studie teilnahmen und diese vielleicht vom Personal besser als depressiv identifiziert hätten werden können. Die Erhebung von Outcome Variablen anhand von Messinstrumenten begünstigt nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Durchführungsobjektivität. Die Interpretationsobjektivität wird durch „Verblindung“ des Gesundheitsteams und deren Beurteilung anhand von vorgegebenen Messverfahren positiv beeinflusst. Trotzdem darf der Einfluss individueller Deutungen nicht vernachlässigt werden. Die Datenerhebung und Methodik kann einen Beitrag zur Erreichung des Forschungsziels leisten. Die einzelnen Schritte des quantitativen Forschungsprozesses sind referenziert, was die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens stärkt. Die Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren jedoch nur begrenzt. Es besteht die Gefahr einer ungenauen Mittelwertbestimmung beim HADS aufgrund des ordinalen Skalenniveaus.

Das Einholen einer Einverständniserklärung aller Teilnehmenden, die Bestätigung der Durchführung nach ethischen Standards und die erfolgte ethische Genehmigung einer Kommission werden erläutert.

Die Ergebnisse werden anhand von präzisen Angaben dargestellt. Je nach Berechnung sind Mittelwerte mit jeweiliger Standardabweichung, Chi-Square oder t-test mit jeweiligem Signifikanzniveau oder die Sensitivität beziehungsweise Spezifität angegeben. Eine übersichtliche und korrekte Darstellung der Ergebnisse wird in einer Tabelle vorgenommen.

Die Diskussion ist schlüssig und nachvollziehbar. Es werden frühere Studien referenziert. Interpretationen der Forschenden sowie mögliche Verzerrungen, welche eine Schlussfolgerung in Bezug auf die Realität erschweren, werden thematisiert. Die Erreichung des Forschungsziels kann durch Bestätigung der Annahmen abgeleitet werden. Die Hauptthemen der Studie sind wiederholt erwähnt und spiegeln wichtigste Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Zukünftiger Forschungsbedarf wird erwähnt.

4.7 Studie VII

Tabelle 10

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung	
Angaben zur Studie	„Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What Do We Actually Measure?“, Warmenhoven, Van Weel, Vissers und Prins, 2013, Niederlanden
Forschungsziel	Physische und psychische Symptombelastung bei Erkrankten im fortgeschrittenen Krebsstadium in Relation zu den Ergebnissen der frühzeitigen Identifizierung von Depressionen anhand von folgenden Messinstrumenten: „Beck Depression Inventory (BDI-II)“, „Beck Depression Inventory Primary Care (BDI-PC)“, „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“, „Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)“, „Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF)“.
Forschungsbedarf	Komplexität der Wechselwirkung physischer und psychischer Symptomatik, möglicher Nutzen Screening
Methodik	
Ansatz/Design	Quantitativ, Beobachtungsstudie: Deskriptive Studie
Sample	N=65 Teilnehmende, Gelegenheitsstichprobe, onkologische palliativmedizinische Ambulanz und verschiedene Familienpraxen, 20 Drop-Outs infolge gesundheitlicher Verschlechterung oder Tod
Einschlusskriterien	Leiden an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, eine
Ausschlusskriterien	Lebenserwartung von zwei bis 12 Monaten, Unzureichende Landessprachkenntnisse, kognitive Dysfunktion
Messverfahren / Datenerhebung	1. Fragebogen: Demographische Daten wie Alter, Zivilstand, sozioökonomische Informationen, Bildungsstand, bereits diagnostizierte Depression in der Vergangenheit, 2. Anwendung Screening-Instrumente: BDI-II mit Subskalen Somatik, Affekt und Kognition, HADS mit Subskalen Angst und Depression, MSAS mit Subskalen Notlage, Psyche und

Somatik und MSAS-SF, 3. Anwendung BDI-PC nach zwei Wochen, da Bestandteil von BDI-II

Datenanalyse Spearman's rho Test: Berechnung der Korrelation zwischen verschiedenen Screening-Instrumenten, Subskalen und Symptomcluster, Mann-Whitney-U-test: Ermittlung bestehender Unterschiede des körperlichen Symptomprofils bei Betroffenen mit hoher oder tiefer Screening-Punktzahl

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Screening-Instrumente zeigten folgende Prozentanteile bei der Identifizierung einer Depression bei der Patientinnen- beziehungsweise Patientenpopulation: BDI-II 24.6, BDI-PC 10.8, HADS-T 36.9, HADS depression 23.1, HADS anxiety 15.4. Die durchschnittliche Gesamtpunktzahl der MSAS-SF betrug 23.2 und eine hohe Prävalenz folgender physischer Symptome wurden von über 40 Prozent angegeben: Konzentrationsschwäche, Schmerzen, Energiemangel, Angstzustände, Mundtrockenheit, Übelkeit, Taubheit der Hände oder Füße, Atemnot, Traurigkeit, Sorgen, mangelndes sexuelles Interesse, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit, veränderte Geschmackswahrnehmung und Gewichtsverlust. Es wurden diverse signifikante Korrelationen zwischen den Screening-Instrumenten und den Symptomclustern festgestellt. Das BDI-II korrelierte mit der HADS und beide korrelierten jeweils mit der MSAS-SF und ihren Subskalen sowie den Symptomclustern Fatigue/Anorexie/Kachexie, Neuropsychologie und Schmerz, wobei das BDI-II zusätzlich eine Korrelation mit Debilität aufwies. Das BDI-II und die HADS korrelierten beide nicht mit den Symptomclustern des oberen Genitaltraktes, Nausea, Emesis und aerodigestiver Symptomatik. Teilnehmende mit positiver BDI-II korrelierten signifikanter mit den Symptomclustern Fatigue/Anorexie/Kachexie und Schmerzen, Teilnehmende mit positiver BDI-PC zusätzlich mit Symptomen des oberen Genitaltraktes, Nausea/Emesis und Debilität und Teilnehmende mit positiver HADS mit den Symptomclustern Fatigue/Anorexie/Kachexie und Neuropsychologie.

In der Diskussion wurde die hohe Korrelation diverser Screening-Instrumente mit physischer Symptomatik nochmals erfasst. Diese Wechselwirkung psychischer und physischer Symptome in der Palliativmedizin erschwert das Bewusstsein des eigentlichen Messwerts und das Finden des effektivsten Instruments. Für den Praxistransfer werden

folgende Aspekte als relevant erachtet: Die beste Bewertung erreichen Screening-Instrumente, welche kognitive und emotionale Aspekte miteinbeziehen, wie die Subskala Kognition des BDI mit der besten Unterscheidung zur physischen Symptombelastung. Weiter sollten für unterschiedliche physische Symptome auch unterschiedliche Screening-Instrumente verwendet werden, wobei der Fokus auf dem Erkennen von Bedürfnissen der Pflegebedürftigen liegt. Weiter steht hier das Finden beziehungsweise Veranlassen einer geeigneten Intervention, welche ansonsten vernachlässigt worden wäre, mehr im Zentrum als die Anzahl diagnostizierter Depressionen.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und Prävalenz von Depressionen und der Komplexität der Wechselwirkung psychischer und physischer Symptomatik in der Palliativmedizin als relevant bewertet. Die Anwendung der Messverfahren wird im theoretischen Bezugsrahmen begründet. Das Forschungsziel wird explizit erwähnt.

Da das Prinzip einer Querschnittsstudie die einmalige Datenerhebung befolgt, kann die Gefahr einer unvollständigen Datenerfassung nicht ausgeschlossen werden. Die Ziehung einer Gelegenheitsstichprobe, die eher niedrige Rücklaufquote sowie die Drop-Outs schränken die Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation ein und beeinflussen somit die externe Validität negativ. Es wird keine simple size calculation durchgeführt, trotzdem erscheint der Umfang der Stichprobe angemessen. Folgende Faktoren könnten eine Datenverzerrung mit sich bringen: Die Auswahl potenzieller Teilnehmenden durch die Ärzteschaft, die Ablehnung an einer Teilnahme durch stark symptombelastete oder depressiv Erkrankte, die Tatsache, dass potenzielle Teilnehmende, die eine Partizipation ablehnten, eher in den ersten drei bis sechs Monaten verstarben und schliesslich auch die Unterrepräsentation bestimmter Tumorlokalisationen und deren Vernachlässigung. Die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe sind in Bezug auf die interne Validität kritisch zu hinterfragen: Es erfolgt keine Definition der fortgeschrittenen Krebserkrankung, die Lebenserwartung ist schwer zu bestimmen und bereits mit Antidepressiva Behandelte könnten die Ergebnisse verändern. Die verschiedenen Gesundheitsinstitutionen werden nicht explizit erläutert, was die Nachvollziehbarkeit der Entstehung der Stichprobe schwächt. Der Standardisierungsgrad wird möglicherweise durch die Unterstützung einiger Teilnehmenden beim Ausfüllen des Fragebogens tangiert, was die Objektivität schwächt.

Die Datenerhebung wird beschrieben und Screening-Instrumente werden präzise erläutert. Die Forschenden bestätigen die Validität jedes Messinstruments. Für jedes Screening-Instrument wurde ein von der Literatur vorgeschlagener Cut-off-Point festgelegt. Die unterschiedlichen Bedingungen der Teilnehmenden während des Messmomentes des BDI-PC könnten eine Datenverzerrung auslösen. Die Forschenden bestätigen jedoch die Erfassung aller Messinstrumente innerhalb von zwei Wochen und die somit fast identischen Resultate des BDI-II und BDI-PC. Die Wahrscheinlichkeit hoher Verzerrungen wird ausserdem durch die hoch erzielten Werte des BDI-II von den Forschenden widerlegt. Das Auslassen bestimmter Teilabschnitte des Fragebogens durch bestimmte Teilnehmende trägt zur unvollständigen Datenerfassung bei. Die Erhebung von Outcome Variablen anhand von Messinstrumenten begünstigt nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Durchführungsobjektivität. Der unbewusste Einfluss bei der Befragung darf bei der Interpretationsobjektivität nicht vernachlässigt werden. Die Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren, was die interne Validität stärkt. Die einzelnen Schritte des quantitativen Forschungsprozesses sind nachvollziehbar referenziert. Das Einholen einer Einverständniserklärung aller Teilnehmenden und die erfolgte ethische Genehmigung einer Kommission werden erläutert.

Die Ergebnisse werden anhand von präzisen Angaben dargestellt. Je nach Berechnung sind Mediane mit jeweiliger Standardabweichung oder Prozentsatz mit jeweiligem Signifikanzniveau angegeben. Eine übersichtliche und korrekte Darstellung der Ergebnisse wird in zwei Tabellen vorgenommen.

Die Diskussion ist schlüssig. Es werden frühere Studien referenziert und mögliche Limitationen thematisiert. Die Hauptthemen werden wiederholt erwähnt und spiegeln somit die wichtigsten Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Die Erreichung des Forschungsziels kann abgeleitet werden. Zukünftiger Forschungsbedarf wird nicht erwähnt.

4.8 Studie VIII

Die Studie „Assessment of Depression After Stroke - A Comparison of Different Screening Instruments“ von Berg, Lönnqvist, Palomäki und Kaste wurde in Finnland durchgeführt und im Jahr 2009 publiziert. Da die Erkenntnisse der Studie mit denen der Studie VII vergleichbar sind, sind die Zusammenfassung und kritische Würdigung aufgrund des begrenzten inhaltlichen Umfangs lediglich im Anhang C aufgeführt. Die Erkenntnisse fliessen in die Diskussion mit ein.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der acht Ergebnisstudien diskutiert. Anhand des Evidence-based Nursing Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) werden die gefundenen Interventionen, wie sie im Praxisalltag umsetzbar wären, dargestellt. Dabei wird zuerst die in der vorliegenden Arbeit im Zentrum stehende Expertise der Pflegenden besprochen. Es werden folgende Interventionen diskutiert: Die Förderung der Expertise und Schulung des Pflegefachpersonals und die Anwendung von Screening-Instrumenten. Weiter soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die verschiedenen Forschungsartikel in unterschiedlichen Ländern, medizinischen Fachgebieten wie auch unter Berücksichtigung verschiedener Begleiterkrankungen und Populationen durchgeführt wurden. Deswegen muss die Übertragung der Ergebnisse auf das Phänomen Depression ohne Nebenerkrankungen im Setting des Akutspitals, ferner unter Berücksichtigung der Population von erwachsenen Menschen in der Schweiz, mit Vorsicht getroffen werden. Ausserdem befinden sich alle Forschungsartikel auf dem Level sechs der Pyramide nach Di Censo (2009), da es sich um „single Studien“ handelt, also nicht bewertete, primär originale Forschungsarbeiten in verschiedenen Journals.

5.1 Expertise der Pflegenden

Identifizierte Massstäbe durch das multiprofessionelle Expertengremium nach McIlrath et al. (2010) stufen das Vorhandensein eines bestimmten Niveaus an Ausbildung und Kompetenzen wie auch Fortbildungsmöglichkeiten als essentiell für das Pflegefachpersonal der Primärmedizin bei der Behandlung von Depressionen ein.

Naji et al. (2004), Brown et al. (2010) und Ski et al. (2014) thematisieren in ihren Forschungsartikeln die Expertise und Schulung der Pflegefachpersonen. Während Naji et al. (2004) und McIlrath et al. (2010) mehr die aktuelle Situation der Pflegefachpersonen erfassen, streben Brown et al. (2010) und Ski et al. (2014) eine Verbesserung der Expertise an. Die Pflegefachpersonen nach Naji et al. (2004) beschreiben das Gefühl von Inkompetenz im effektiven Umgang mit Depressiven, was die Mehrheit der Beteiligten mit fehlender Expertise und Ausbildung begründet. Teilnehmende, die kurze Zeit vorher eine Fortbildungsveranstaltung besucht hatten oder während ihrer Ausbildung eine bestimmte Zeit im psychiatrischen Bereich arbeiteten und dies als gute Erfahrung beschrieben, hatten weniger Mühe, kompetent zu handeln. Die Pflegefachpersonen erkannten ihre fehlende Expertise, und obwohl Interesse zur

Teilnahme an Kursen gezeigt wurde, bewertete die Mehrheit dies nicht als Priorität. Brown et al. (2010) erwähnen ebenfalls ein zu Beginn fehlendes Selbstvertrauen der Pflegefachpersonen bei der Beurteilung von Depressionen, was sich nach absolvierter Schulung deutlich verbesserte. Vermindertes Interesse oder verminderte Freude an Aktivität – beides Leitsymptome einer Major Depression – wurden von ihnen nun mit höherer Überzeugung in Bezug zu einer Depression gesetzt. Weiter bestätigten sie das Erreichen der Hauptziele des Interventionsprogrammes und bewerteten den präsentierten Inhalt als umsetzbar in der Praxis. Auch Ski et al. (2014) bestätigen die Fundierung von Kenntnissen der Pflegefachpersonen über Komorbidität zwischen Depression und koronarer Herzkrankheit, trotz der hohen Komplexität und unabhängig von Erfahrung oder Position. Es wurde die unterstützende Wirkung des Screening- und Überweisungsinstruments bei der Identifizierung der symptomatischen Depression und der Überweisung von Risikopersonen beschrieben, was zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit beitrug. Ski et al. (2014) bestätigen entsprechend eine mögliche Implikation in der klinischen Praxis. Auch McIlrath et al. (2010) thematisieren Aspekte, die einen Beitrag zur Verbesserung der Expertise des Pflegefachpersonals der Primärmedizin leisten könnten: Eine geschützte Einführungszeit in die Thematik, Kurse zur Vorbereitung, anhaltende berufliche Entwicklung und Fortbildung, regelmässige klinische Überwachung und die Entwicklung eines primärmedizinischen Pflegemodells.

Das multiprofessionelle Expertengremium nach McIlrath et al. (2010) stuft, aufgrund weiterer identifizierter Benchmarks, die Anwendung von Screening-Instrumenten zur Erkennung einer Depression in der klinischen Praxis als essentiell für das Pflegefachpersonal der Primärmedizin ein. Als Voraussetzung dafür gilt die mehrfach erwähnte Notwendigkeit der Verbesserung der Expertise der Pflegefachpersonen. Dies wird durch Singer et al. (2010), Warmenhoven et al. (2013) und Berg et al. (2009) in ihren Forschungsartikeln zur Anwendung von Screening-Instrumenten bestätigt.

Singer et al. (2010) beschreiben die unbefriedigenden Identifizierungsquoten psychischer Probleme bei Krebskranken durch das Pflegefachpersonal, als Gegensatz zu besseren Resultaten bei strukturierten Interviews und der Anwendung von Screening-Instrumenten. Unsicherheiten des Pflegefachpersonals seien auch bei der Notwendigkeit einleitender Massnahmen vorhanden. Warmenhoven et al. (2013) und Berg et al. (2009) beziehen sich mehr auf die Komplexität der Wechselwirkung physischer und psychischer Symptomatik. Sie schliessen darauf, dass diverse Screening-Instrumente einen Beitrag zur

Verbesserung leisten könnten, wobei dafür aber die erforderliche Expertise und Routine essentielle Grundlage und Voraussetzung seien. Es gelte zu erreichen, dass das Pflegefachpersonal dabei über Sicherheit bei der Anwendung und Bewertung verfüge. Auch diese Schlussfolgerung untermauert die diskutierte Thematik des Erlangens von Expertise durch Schulung und Fortbildung, was in der Folge ein sicheres Anwenden der Screening-Instrumente zulässt und letztendlich zu besseren Resultaten führt.

Abschliessend wird durch die identifizierten Massstäbe des multiprofessionellen Expertengremiums der Primärmedizin nach McIlrath et al. (2010) eine weitere Erkenntnis erläutert: Eine Optimierung der Rolle des Pflegefachpersonals. Es soll eine Arbeitskultur vorhanden sein, die sicherstellt, dass eine offensichtliche Depression auch als Problem betrachtet wird, welches einer Behandlung wert ist. Auch die Wichtigkeit der Wahrnehmung der Pflegefachpersonen in ihrer Rolle der Primärmedizin wird klar aufgezeigt: „Primary care nurses should view the provision of depression care as part of their role“ (McIlrath et al., 2010, S. 274), was von den Autorinnen wie folgt übersetzt wurde: Primärmedizinisches Pflegepersonal sollte die Hilfestellung bei Depressionen als Teil seiner Rolle betrachten.

5.2 Ergebnisse der Pflegeforschung

In den folgenden Forschungsartikeln wurden unterschiedliche Interventionen zur Verbesserung der Expertise und Schulung angewendet. Naji et al. (2004) erfassten den DAQ zur Haltung gegenüber Depressionen und ihren Grad der Übereinstimmung mit Aussagen nationaler Kampagnen des Pflegefachpersonals der Allgemeinmedizin. Die erhobenen Daten schilderten dessen aktuelle Situation im Umgang mit depressiv Erkrankten in der Allgemeinmedizin.

Brown et al. (2010) befassten sich mit der Auswirkung des Schulungsprogramms TRIAD, dessen Zweck der Aufbau der Fähigkeiten des Pflegefachpersonals der häuslichen Pflege bei der Erkennung und Überweisung einer vermuteten Depression bei medizinisch kranken älteren Erwachsenen und das Gewinnen von Selbstvertrauen bei der Integration der Depressionsdienstleistungen in der entsprechenden Institution ist.

Ski et al. (2014) erfassten die Auswirkungen eines Ausbildungsprogrammes und die Implementierung eines Depression Screening-Instruments sowie eines Überweisungsinstruments in Bezug auf die Wahrnehmung des Pflegefachpersonals der Kardiologie.

In den folgenden Forschungsartikeln wurden unterschiedliche Screening-Instrumente geprüft. Arroll et al. (2003) erfassten die diagnostische Genauigkeit eines einfachen Screening-Instrumentes, bestehend aus zwei mündlich gestellten Fragen durch eine Fachperson der Allgemeinmedizin, im Vergleich zum CIDI.

Singer et al. (2010) identifizierten eine klinische Depression bei Tumorerkrankten mittels des validen SCID. Anschliessend verglichen sie die Identifizierungsquoten des SCID mit der des Screening-Instrumentes HADS und der alleinigen Beurteilung durch das Gesundheitsteam.

Warmenhoven et al. (2013) erfassten die physische und psychische Symptombelastung bei Erkrankten im fortgeschrittenen Krebsstadium in Relation zu den Ergebnissen der frühzeitigen Identifizierung von Depression anhand der vier Screening-Instrumente BDI-II, BDI-PC, HADS, MSAS und MSAS-SF.

Berg et al. (2009) nahmen eine kritische Überprüfung und Beurteilung der Messinstrumente BDI, HRSD, CGI, VAMS im Vergleich zur DSM-III-R vor, dies zur Beurteilung von Depression nach einem Schlaganfall.

Singer et al. (2010), Warmenhoven et al. (2013) und Berg et al. (2009) zeigen die erschwerte Identifizierung einer Depression bei Tumorerkrankungen beziehungsweise einem Schlaganfall auf. Die Forschenden bestätigen die Validität der jeweils angewendeten Screening-Instrumente. Auch nach Arroll et al. (2003) kann von der Reliabilität und Validität des CIDI infolge einer Wiederholungsuntersuchung ausgegangen werden und obwohl auch die beiden Screening-Fragen als valide bewertet werden, lassen sie lediglich eine Depression vermuten. Trotzdem kann die Verwendung der beiden kurzen Screening-Fragen nach Arroll et al. (2003) leicht in die Praxis umgesetzt werden und erreicht eine gute Sensitivitäts- und angemessene Spezifitätsquote.

Singer et al. (2010) legten das SCID als validen Goldstandard fest. Die zusätzliche Anwendung der HADS zeigt eine deutliche Verbesserung der Identifizierungsquoten einer Depression bei Tumorerkrankten im Vergleich zur alleinigen Beurteilung der psychischen Gesundheit durch das Pflegefachpersonal oder die Ärzteschaft. Während das Pflegepersonal eine bessere Sensibilität bei der Erkennung einer Depression erzielte, erreichte die Ärzteschaft eine bessere Sensibilität bei der Einleitung von Massnahmen im Verdachtsfall.

Auch Warmenhoven et al. (2013) stellen eine Verbesserung der Identifizierungsquoten einer Depression bei Erkrankten im fortgeschrittenen Krebsstadium anhand der

Screening-Instrumente fest. Dabei ergaben Screening-Instrumente, welche kognitive Aspekte einbeziehen, die besten Ergebnisse. Entsprechend erzielte die kognitive Subskala des BDI die beste Unterscheidung zwischen psychischen Zuständen und physischer Symptombelastung.

Nach Warmenhoven et al. (2013) gilt die Verwendung unterschiedlicher Screening-Instrumente für unterschiedliche physische Symptome als effektiv, da eine Wechselwirkung zwischen physischer und psychischer Symptomatik wie auch eine hohe Korrelation diverser Screening-Instrumente mit physischer Symptomatik besteht.

Auch Berg et al. (2009) thematisieren diese Wechselwirkung und untersuchen das BDI bei Schlaganfallerkrankten. Das DSM-III-R wurde als valider Goldstandard festgelegt. Sie bestätigen den hilfreichen Nutzen des BDI bei der Früherkennung von Depressionen bei den genannten Betroffenen wie auch die vorteilhafte Anwendung der kognitiv-affektiven Subskala; dies trotz möglicher kognitiver Beeinträchtigungen. Zur Anwendung im klinischen Alltag wird das BDI jedoch als zu unspezifisch bewertet. Ein positiver Aspekt liegt darin, dass das BDI sowohl von ungeschultem Pflegepersonal wie auch von psychiatrischen Fachkräften verwendet werden kann. Das BDI zeigt im Vergleich zur HRSD eine höhere Sensitivität, das HRSD im Gegenzug eine höhere Spezifität. Auch die CGI erweist sich nach Berg et al. (2009) als zufriedenstellendes Screening-Instrument für die Erkennung einer Depression bei Betroffenen eines Schlaganfalls. Im Gegensatz dazu zeigt die VAMS erst nach 18 Monaten eine Signifikanz und wird somit als nicht zufriedenstellendes Screening-Instrument bei dieser Betroffenenengruppe, vor allem in Verbindung mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder einer Aphasie, betrachtet.

Die alleinige Beurteilung durch das Pflegefachpersonal begründen Berg et al. (2009) infolge einer zu gering erreichten Sensitivität und noch geringeren Spezifität als unzureichend; was vergleichbar mit den Ergebnissen von Singer et al. (2010) ist. Berg et al. (2009) thematisieren den zusätzlichen Einfluss der Stimmung des Pflegefachpersonals, da dieses oftmals in engem Kontakt mit den Betroffenen steht, auf die Beurteilung. Warmenhoven et al. (2013) wie auch von Berg et al. (2009) erläutern die Wechselwirkung physischer und psychischer Symptomatik wie auch eine hohe Korrelation diverser Screening-Instrumente mit physischer Symptomatik. Berg et al. (2009) erwähnen die Unterschiede in der Symptomatik während des Behandlungsverlaufs zwischen Akutphase und nach 18 Monaten.

Zusammenfassend bewerten alle Studien die Anwendung von Screening-Instrumenten als hilfreich beziehungsweise als essentielle Komponente bei der Früherkennung einer Depression. Weiter scheint die Anwendung von strukturierten Interviews als zuverlässigste Variante bewertet zu werden. Gleichzeitig kommen alle Studien zum Schluss, dass die Screening-Instrumente im klinischen Alltag von Akutspitalern noch nicht vollständig integriert sind.

Die besprochenen Forschungen beruhten auf unterschiedlichen Voraussetzungen. Sie berücksichtigten andere Begleiterkrankungen, Populationen und fanden in verschiedenen Settings statt. Dennoch zeigen sie bezogen auf die Anwendung von Screening-Instrumenten und auch von strukturierten Interviews ähnlich positive Resultate, so dass es sich insgesamt rechtfertigen lässt, diese Feststellungen auf den für die vorliegende Arbeit relevanten Bereich eines Akutspitals zu übertragen. Dabei ist auch von Bedeutung, dass in einem Akutspital zahlreiche Aspekte der oben besprochenen Settings, etwa Krebserkrankungen oder Schlaganfall, zum Alltag gehören.

5.3 Ziele und Vorstellungen der Pflegebedürftigen

In den die Expertise und Schulung thematisierenden Forschungsartikeln erfassten weder Naji et al. (2004) noch Ski et al. (2014) den eigentlichen Willen des Individuums durch Befragungen, Beobachtungen oder Einbezug der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen. Die Originalzitate nach Ski et al. (2014) lassen lediglich ein vermehrtes empathisches Eingehen des Pflegefachpersonals auf die Pflegebedürftigen durch Kommunikation, Zusammenarbeit mit dem Individuum und seinen Angehörigen vermuten. Naji et al. (2004) thematisieren zwar die Wichtigkeit der Einleitung von Massnahmen nach vermuteter Depression, berufen sich aber keineswegs auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person. Lediglich Brown et al. (2010) stellen in der TRIAD-Schulung realistische, videobasierte Begegnungen mit Pflegebedürftigen, entwickelt auf grundlegenden Erfahrungen früherer epidemiologischer Studien. Die Videoaufzeichnungen beinhalten Patientinnen- beziehungsweise Patientenbefragungen, Pflege-Pflegebedürftigen-Interaktionen, die Symptomatik der Depression sowie Selbstmordgedanken, in unterschiedlichen Arten dargestellt durch Schauspielende, unter Berücksichtigung ethnischer Unterschiede.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Forschungsartikel durchgehend das Ziel hatten, die Situation und die Handlungen der Pflegefachpersonen zu untersuchen und nicht jene der Pflegebedürftigen.

Auch die die Screening-Instrumente thematisierenden Forschungsartikel von Arroll et al. (2003), Singer et al. (2010), Warmenhoven et al. (2013) sowie Berg et al. (2009) gehen nicht explizit auf die Bedürfnisse des Individuums oder der Angehörigen ein. Lediglich Warmenhoven et al. (2013) stellen am Ende die Wichtigkeit der Erkennung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und die daraus resultierende Möglichkeit der Einleitung von Massnahmen in den Vordergrund. Sie bewerten die Beurteilung des Leidens oder die Anzahl der diagnostizierten Depressionen als weniger relevant.

Gerade dies führt die Autorinnen der vorliegenden Arbeit zu einer wichtigen Überzeugung: Die Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person als Individuum ist eine wichtige Voraussetzung dafür, auf dessen konkrete Bedürfnisse überhaupt eingehen zu können. Kann in der Folge, abgestützt gerade auch auf diese Grundlage, eine Depression erkannt werden, können in der Kombination – Wahrnehmung des Individuums und dessen Leiden in psychischer Hinsicht – die ganz konkreten spezifischen Massnahmen für eine individuelle Bedürfnisbefriedigung abgeleitet werden. Diese vermögen in der Folge den Genesungsprozess positiv zu fördern.

Während der ganzen Behandlungsdauer ist die Autonomie des pflegebedürftigen Menschen zu respektieren, auf seine Bedürfnisse einzugehen und die im Einzelfall bestmögliche Intervention anzustreben beziehungsweise zu veranlassen.

Dafür braucht es viel Empathie und – was ganz zentral ist – eine gute und angepasste Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person. Diese Folgerung ziehen offenbar auch Ski et al. (2014), halten sie doch die Kommunikation als „womöglich wichtigste Fähigkeit der Pflegefachpersonen“.

Zusätzlich sollen selber auszufüllende Screening-Fragen durch den Betroffenen von ihm weder als störend noch als zusätzliche Last empfunden werden und müssen inhaltlich verständlich und einfach aufgebaut sein. Wichtig ist, die Bereitschaft an Screening-Fragen zu prüfen und nichts gegen den Willen des pflegebedürftigen Menschen einzuleiten. Auch dafür wird eine gute Kommunikation benötigt.

5.4 Umgebungsbedingungen

Naji et al. (2004) erläutern die Erforderlichkeit innovativer Ansätze. Weiter wird von den Pflegefachpersonen die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltung bejaht. Sie betonen dabei aber durchgehend, dass dafür ausreichende zeitliche und geldwerte Ressourcen vorhanden sein müssten. Zusätzlich besteht dann ein erhöhtes Interesse an

Ausbildungen zur Verbesserung der Expertise, wenn sich dies im Rahmen der beruflichen Anerkennung oder Akkreditierung auszahlt.

Brown et al. (2010) thematisieren im Vergleich dazu die gegebenen Voraussetzungen des Ausbildungsprogramms, basierend auf der jeweiligen Institution. Ski et al. (2014) erwähnen kaum Aspekte der Umgebungsbedingungen. Die Gründe zur Ablehnung an der Studienteilnahme wie hohe Arbeitsbelastung und hoher Zeitdruck lassen die aktuelle Situation im klinischen Alltag vermuten.

Die beiden kurzen Screening-Fragen werden von Arroll et al. (2003) gerade deshalb auch als geeigneter Ansatz bewertet, weil sie nur einen minimalen Zeitaufwand benötigen und einfach durchführbar sind. Die validen Screening-Instrumente, beschrieben nach Singer et al. (2010), Warmenhoven et al. (2013) und Berg et al. (2009), erfordern hingegen einen deutlich höheren zeitlichen wie auch finanziellen Aufwand, was betriebsinterne Abklärungen hinsichtlich der Ressourcen verlangt.

Naji et al. (2004) weisen auf die häufig gewählte Intervention der Besprechung im interdisziplinären Team hin, in erster Linie die Kontaktaufnahme mit der Fachperson der Allgemeinmedizin und allenfalls die Überweisung an psychiatrische Fachkräfte. Dies setzt ein gutes Niveau an Expertenwissen im interdisziplinären Team voraus. In den anderen beiden Studien wird diese Thematik nicht diskutiert.

In der Studie von Brown et al. (2010) wie auch Ski et al. (2014) wurden die Studienteilnehmenden während der Durchführung von ausbildenden Personen oder Gesundheitsexperten begleitet. Brown et al. (2010) thematisieren Voraussetzungen der Institution für das Ausbildungsprogramm wie beispielsweise die Verfügbarkeit einer instruierenden Person bei der Einführung wie auch weiterer Pflegefachkräfte, welche bereits genügend Expertise oder Erfahrung im psychischen Bereich besitzen. Auch bei den Screening-Instrumenten ist eine Einführung durch darauf spezialisierte Fachkräfte unabdingbar. Da Arroll et al. (2003) wie auch Warmenhoven et al. (2013) die Erhebung der Screening-Instrumente durch die Ärzteschaft beschreiben, ist die Übertragbarkeit auf andere Teilnehmende des interdisziplinären Teams vorerst abzuklären.

Brown et al. (2010) sprechen die Bedenken der Pflegefachpersonen im Umgang mit kulturell unterschiedlichen Pflegebedürftigen an, was durch die patientengerechte Anpassung standardisierter klinischer Fragen für diverse Bevölkerungsgruppen erleichtert werden sollte. Ansonsten wird in keiner der Studien politische, ökonomische oder kulturelle Aspekte angesprochen.

Weiter bereitet die Erhöhung des Dokumentationsumfangs den Pflegefachpersonen nach Brown et al. (2010) Sorgen, was mit Hilfe der Implementierung und regelmässigen Erhebung des „Outcome and Assessment Information Set“ verhindert werden soll. Auch die Screening-Instrumente sollen einfach in der entsprechenden Institution integrierbar sein, im Optimalfall ebenfalls im Dokumentationssystem.

5.5 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den bearbeiteten Forschungsartikeln aufgezeigt.

Grundvoraussetzung für den Praxistransfer ist es, die Depression zunächst, von der medizinischen Seite her, als Krankheit mit Merkmalen und Auswirkungen zu kennen. Sodann geht es darum, die von Pflegebedürftigen gezeigten Symptome zu erkennen und eine Depression möglichst zu identifizieren. Wichtig ist dabei der Respekt vor dem pflegebedürftigen Menschen und eine gute Kommunikation mit ihm. Weiter ist unabdingbar die Haltung, dass eine Depression einer weiteren Behandlung zugeführt werden muss, dass diese also sinnvoll ist. Um all diese Schritte vornehmen zu können, muss die Pflegefachperson ihre eigene Rolle und ihre Leistung von Depressionsdiensten als essentiell erkennen. Die Wahrnehmung und Sensibilisierung der Pflegefachpersonen gilt damit als Grundbaustein, auf welchem der Praxistransfer erfolgen kann.

Die aktuelle Situation, basierend auf den bewerteten Studien, lässt die dringende Vermutung zu, dass das Pflegefachpersonal grosse Unsicherheiten und wenig Selbstvertrauen im Umgang mit Depressionen zeigt. Letztendlich muss wohl auf eine weitgehende Inkompetenz und fehlende Expertise geschlossen werden, damit auf eine erhebliche Schwachstelle des Akutspitals bei der Behandlung von Depressionen. Zur Gewährleistung angemessener, patientenzentrierter Interventionen müssen diese Lücken dringend behoben werden.

Eine angemessene Ausbildung, welche nicht nur den somatischen, sondern auch den psychiatrischen Bereich abdeckt, wie auch Fortbildungsmöglichkeiten könnten die Expertise des Pflegefachpersonals erhöhen. Die Handlungsideen erscheinen fassbar; jedoch stehen ihnen wohl die Voraussetzungen der Institutionen – vor allem fehlende finanzielle und zeitliche Ressourcen – entgegen. Ausbildung und Fortbildung kosten, ebenfalls instruierende Fachkräfte. Schliesslich stellt sich auch die Frage, ob die

Bereitschaft und Motivation des Pflegefachpersonals dafür vorhanden wäre, was bei genügenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen eher der Fall sein dürfte, ferner auch dann, wenn die Anerkennung des vorhandenen Wissens garantiert würde.

Die korrekte Anwendung von Screening-Instrumenten kann das Pflegefachpersonal nicht nur bei der Erkennung einer Depression und Einleitung von Massnahmen im Verdachtsfall unterstützen, sondern auch Selbstvertrauen und Sicherheit geben. Weiter kann sie den Prozess und die Argumentation im interdisziplinären Team vereinfachen. Als Voraussetzung dafür gilt die positive Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber der Integration dieser Instrumente im klinischen Alltag wie auch eine ausreichende Expertise bei deren Anwendung. Eigene Erfahrungen im Akutspital zeigten nämlich auch bei einer vermuteten Depression eine lückenhafte Massnahmeneinleitung. Die Einführung an einem echten Fallbeispiel wäre ein guter Ansatz und eine Erleichterung beim Einstieg. Eine Darstellung der Screening-Instrumente anhand der 6-W-Regeln ist im Anhang E aufgeführt.

6 Schlussfolgerung

Die Fragestellung der Bachelorarbeit konnte durch die Darstellung der Studien und ihrer Analyse beantwortet werden.

Die analysierten Forschungsartikel zeigen ein erstaunlich einheitliches Bild. Die aktuelle Situation wird als problematisch betrachtet. Sie soll und kann durch die Erhöhung der Expertise des Pflegefachpersonals und die Implementierung von Screening- und Überweisungsinstrumenten verbessert werden. Damit sollen Depressionen frühzeitig identifiziert werden beziehungsweise bei der Einleitung von Massnahmen bei einer vermuteten Depression wirken.

Der Fokus aller Forschungsartikel lag dabei mehr auf der Identifizierung der Krankheit als auf der Diagnostizierung und betraf somit den Kompetenzbereich des Pflegefachpersonals. Es wurde allerdings gar kein grosser Unterschied zwischen Pflegenden und Ärzteschaft erkannt, wenn es um die reine Identifizierung ging; also darum, aufgrund von Symptomen überhaupt den Verdacht auf eine Depression zu erlangen.

Die Sensibilisierung des Pflegefachpersonals, das Wahrnehmen der eigenen Rolle in Bezug auf die Leistung von Depressionsdiensten, wurde als zentral betrachtet.

Diese Aspekte können wichtige Voraussetzungen für die Förderung des Genesungsprozesses, den Erhalt der Lebensqualität und das Vermeiden von Folgeerkrankungen und Suizidalität und somit für das tatsächliche Erreichen des Forschungsziels sein.

Die gestellte Hypothese kann nicht vollständig bestätigt werden. Frühzeitige Identifizierungen wurden in den Forschungsartikeln durch die Verbesserung der Expertise und die Anwendung von Screening-Instrumenten erreicht. In keinem der Artikel wurde jedoch spezifisch auf eine Behandlung bei einer vermuteten Depression eingegangen. Die Vermeidung einer Rehospitalisierung, einer somatischen Folgeerkrankung, suizidaler Handlungen und die Reduzierung von Gesundheitskosten können somit nur erahnt, nicht jedoch mit wissenschaftlicher Evidenz bestätigt werden.

Auch wenn die Autorinnen dieser Bachelorarbeit die analysierten Ergebnisse als Empfehlungen übernehmen, weisen sie darauf hin, dass die Ergebnisse dennoch nicht

allgemeine Gültigkeit beanspruchen, da sie keine Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation gewährleisten.

6.1 Offene Fragen und Zukunftsaussicht

Zur Beantwortung der Fragestellung, Erreichung der Zielsetzung und Bestätigung der Hypothese benötigt es weitere Forschung. Der Forschungsbedarf besteht vor allem in der Implementierung verschiedener Ausbildungsprogramme wie auch Assessmentinstrumente. Des Weiteren wird eine Evaluierung dieser wie auch die Festlegung effizienter Massnahmen als essentiell bewertet. Studien welche das Gesundheitssystem der Schweiz, das Geschlecht, die verschiedenen Altersgruppen wie auch den sozialen Status betreffen wären von Nutzen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Arroll, B., Khin, N., Kerse, N. (2003). Screening for depression in primary care with two verbally asked question: cross sectional study. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 327(7424), 1144-1146. Heruntergeladen von <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1144> am 09.04.2018
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S., Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial beruflichen Integration* (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Heruntergeladen von <https://goo.gl/t6ZyB6> am 05.04.2018
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer
- Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., Kaste, M. (2009). Assessment of Depression After Stroke: A Comparison of Different Screening Instruments. *Stroke* (00392499), 40(2), 523-529. doi 10.1161/STROKEAHA.108.527705
- Brown, E. L., Raue, P. J., Roos, B. A., Sheeran, T., Bruce, M. L. (2010). Training nursing staff to recognize depression in home healthcare. *Journal of the American Geriatric Society*, 58(1), 122-128. (7p). doi 10.1111/j.1532-5415.2009.02626.x
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Psychische Gesundheit*. Heruntergeladen von <https://goo.gl/hnqNNv> am 09.04.2018
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2016). *ICD-10-GM Version 2017 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision). German Modification. Heruntergeladen von <http://t1p.de/7xhv> am 21.01.2018
- DiCenso, A., Bayley, L., Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99-101. doi 10.1136/ebn.12.4.99-b

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8. Auflage). Bern: Hans Huber
- Disse, S. (2015). *ICD 10 kompakt. Heilpraktiker für Psychotherapie* (1. Auflage). München: Urban & Fischer der Elsevier GmbH.
- Ekert, B. & Ekert, C. (2014). *Psychologie für Pflegeberufe* (3. Auflage). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- European Alliance against Depression. (2018). iFightDepression. Suizidrisiko einschätzen. Leipzig: Deutschland. Heruntergeladen von <https://ifightdepression.com/de/start> am 22.01.2018
- Falkai, P. & Wittchen, H-U. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Frick, E. (2009). *Psychosomatische Anthropologie. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium*. (1. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer
- GKD Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und direktoren. (2017). *Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik*. Heruntergeladen von <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018> am 26.07.2017
- Heather Herdman, T. (2013). Domäne 9, Coping/Stresstoleranz, Angst. In T. Heather Herdman (Hrsg.), *NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014*. (S. 358-359). Kassel, Deutschland: RECOM GmbH & Co.KG.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer
- Lundbeck (Schweiz) AG. (2017). *Ein Angebot für Betroffene und ihre Angehörigen*. Heruntergeladen von <http://www.depression.ch/de> am 09.04.2018
- Martin, J. (2017). *Melancholie > Was genau meint „melancholisch“? Kann man einem Melancholiker helfen?* Heruntergeladen von <https://www.angst-verstehen.de/melancholie-melancholisch/> am 22.01.2018
- McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., McLaughlin, D. (2010). Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 269-281. (13p). Heruntergeladen von <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05140.x> am 09.04.2018

- Mitchell, A. J. & Kakkadasam, V. (2011). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes-A meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3): 359-368.
doi 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012
- Narber, D. (o.J.). *Openthesaurus – Synonyme und Assoziationen*. Potsdam.
Heruntergeladen von <https://goo.gl/8znBea> am 26.07.2017
- Naji, S. A., Gibb, J., Hamilton, R. J., Lawton, K., Palin, A. N., Eagles, J. M. (2004).
How ready are practice nurse to participate in the identification and management of depressed patients in primary care? *Primary Care Mental Health*, 2(1), 47-54.
Heruntergeladen von <http://t1p.de/tz00> am 09.04.2018
- Ris, I., Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge
Departement 1 Gesundheit ZHAW.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2004). *What counts as evidence in evidence-based practice? Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81-90. (10p). doi 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Neuchatel:
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Heruntergeladen von
<https://goo.gl/VnD61c> am 23.04.2018
- Schweizerische Gesellschaft für Angst & Depression. (o.J.). *Eine oft lebensgefährliche Erkrankung*. Heruntergeladen von <https://goo.gl/K8nkCB>
am 26.07.2017
- Singer, S., Brown, A., Eienkel, J., Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., Papsdorf, K.,
Stolzenburg, J-U., Brähler, E. (2010). Identifying tumor patients' depression. *Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1697-1703. doi 10.1007/s00520-010-1004-9
- Ski, C. F., Munian, S., Rolley, J. X., Thompson, D. R. (2014). Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 235-243. Heruntergeladen von <https://doi.org/10.1111/jocn.12703> am 09.04.2018
- Spital Schwyz. (o.J.). Leitbild. Heruntergeladen von https://www.spital-schwyz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Ueber_uns/Leitbildbroschuere.pdf
am 24.04.2018

- Ullmann-Bremi, A. & Natterer, E. (2009). Evidence- based Nursing (EBN) eine Entscheidungshilfe im Pflegealltag. Heruntergeladen von <https://bit.ly/2fTr0yv> am 02.04.2018
- Warmenhoven, F., van Weel, C., Vissers, K., Prins, J. (2013). Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What do we Actually Measure? *Pain Practice*, 13(6), 467-475. Heruntergeladen von <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12012> am 09.04.2018
- Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa. (2012). *Depressionen in Europa*. Heruntergeladen von <https://goo.gl/48qEYC> am 26.07.2017
- World Health Organization. (2017). „*Depression: let’s talk*“ says WHO, as depression tops list of causes of ill health. Heruntergeladen von <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/> am 26.07.2017
- World Health Organization. (2018). „*Suicide*“. Heruntergeladen von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en> am 22.01.2018

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auflistung Keywords.....	12
Tabelle 2: Ein- Ausschlusskriterien, Limitierungen	13
Tabelle 3: Erklärung der vier Komponenten des Evidence-based Nursing Modells	15
Tabelle 4: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	16
Tabelle 5: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	20
Tabelle 6: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	24
Tabelle 7: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	27
Tabelle 8: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	31
Tabelle 9: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	34
Tabelle 10: Einleitung und Methodik Ergebnisstudie	38

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Doris Ruhmann für die engagierte Betreuung während der Bearbeitung unserer Bachelorarbeit. Weiter danken wir Frau Dagmar Jöhl Wyss für die Korrekturlesung wie auch Miriam Hugentobler und Alexandra Wyss für die Beantwortung inhaltlicher Fragen.

Winterthur, 04.05.2018

Tania Sousa Anselmo

Laura Wyss

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angehenden Quellen verfasst haben.“

Winterthur, 04.05.2018

Tania Sousa Anselmo

Laura Wyss

Wortzahl

1. Titel der Arbeit und Fragestellung: 249 Zeichen, inkl. Leerzeichen
2. Abstract: 199 Wörter
3. Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 11'941

Anhang A

„Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben 2-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber dem vorher bestehenden Funktionsniveau dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude. Auszuschliessen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt sind“ (S.217). Etwas vereinfacht dargestellt beziehen sie sich dabei auf die folgenden Symptome, welche an fast allen Tagen vorhanden sein müssen: „Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages, deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, deutlicher Gewichtsverlust, Insomnie oder Hypersomnie, Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit oder übermässige oder unangemessene Schuldgefühle, verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit, Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.“ (Falkai, Wittchen, 2015, S. 217)

Anhang B

Suchverlauf

Datenbank: Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

Bool'sche Operation	Limits	Resultate	Titel der Studie	DOI / Abgerufen von
Depression AND Nurse AND Screening	Full text, English language	104, davon 1 relevant	Identifying tumor patient's depression Publikationsjahr: 2010 Land: Deutschland	doi 10.1007/s00520-010-1004-9
Depression AND Primary Care AND Nursing AND Identification	Full text, English language	20, davon 1 relevant	How ready are practice nurses to participate in the identification and management of depressed patients in primary care? Publikationsjahr: 2004 Land: Schottland	https://www.mhfmjournal.com/open-access/how-ready-are-practice-nurses-to-participate-in-the-identification-and-management-of-depressed-patients-in-primary-care.pdf
Depression AND Identification AND Nurse	Full text, English language	168, davon 1 relevant	Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study Publikationsjahr: 2010 Land: Vereinigtes Königreich	doi 10.1111/j.1365-2648.2009.05140.x
Depression AND Primary Care AND Screening Tools	Full text, English language	23, davon 1 relevant	Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What Do We Actually Measure? Publikationsjahr: 2013 Land: Niederlande	doi 10.1111/papr.12012
Depression AND Nursing Care AND Sensitivity AND Specificity	English language	18, davon 1 relevant	Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes—A meta-analysis of routine clinical accuracy Publikationsjahr: 2010 Land: Vereinigtes Königreich	doi 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012

Anmerkung: Folgende Resultate wurden am 29.01.2018 nachgeprüft

Datenbank: Medline

Bool'sche Operation	Limits	Resultate	Titel der Studie	DOI / Artikel
Depression AND Nurse Education	Full text, English language	29, davon 1 relevant	Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting Publikationsjahr: 2014 Land: Australien	doi 10.1111/jocn.12703
Depression AND Sensitivity AND Screening AND Nursing	Full text, English language	150, davon 1 relevant	Assessment of Depression After Stroke Publikationsjahr: 2009 Land: Finnland	doi 10.1161/STROKEAHA.108.527705
Nursing staff AND training AND depression	Full text, English language	39, davon 1 relevant	Training nursing staff to recognize depression in home health care Publikationsjahr: 2010 Land: Vereinigte Staaten von Amerika	https://dx.doi.org/10.1111/j.153...
Primary care AND Screening for Depression AND questions	Full text, English language	11, davon 1 relevant	Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study Publikationsjahr: 2003 Land: Neuseeland	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc... 10.1136/bmj.327.7424.1144

Anmerkung: Folgende Resultate wurden am 29.01.2018 nachgeprüft

Anhang C

Studie VIII

Einleitung und Methodik Ergebnisstudie

Einleitung

Angaben zur Studie	„Assessment of Depression After Stroke, A Comparison of Different Screening Instruments“, Berg, Lönnqvist, Palomäki und Kaste, 2009, Finnland
Forschungsziel	Kritische Überprüfung und Beschreibung folgender Screening-Instrumente zur Beurteilung einer Depression nach einem Schlaganfall: Das Beck Depression Inventory (BDI), die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), die Visual Analogue Mood Scala (VAMS), das Assessment durch eine betreuende Person, das Clinical Global Impression (CGI) durch das Pflegefachpersonal und Studienpersonal und die Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R).
Forschungsbedarf	Komplexität physischer und kognitiver Beeinträchtigungen bei Betroffenen eines Schlaganfalls, Schwierigkeit bei der Anwendung bestehender Screening-Instrumente, da keine spezielle Konzipierung

Methodik

Design/Ansatz	Quantitativ, Längsschnittdatenstudie
Sample	N=92, Gelegenheitsstichprobe, Abteilung Neurologie des Zentralkrankenhauses der Universität Helsinki,
Einschlusskriterium	Erster ischämischer Schlaganfall,
Ausschlusskriterien	Über 79 Jahre alt, Alkoholmissbrauch in der Vergangenheit, Demenz, Psychose, aktuelle Behandlung mit Antidepressiva, schwere Begleiterkrankungen
Messverfahren /	1. „Structured Clinical Interviews for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV“ (SCID), 2.

Datenerhebung

Messzeitpunkte 2 Wochen, 2, 6, 12, 18 Monaten nach Schlaganfall Ereignis,

1. Scandinavian Stroke Scale (SSS) zur Ermittlung Schweregrad des Schlaganfalls,
2. Neuropsychologische Test zur Ermittlung kognitiver Funktionen, Western Aphasia Battery zur Ermittlung einer vorhandenen Aphasie,
3. DSM-III-R: Diagnose Depression durch Neurologen,
4. Vergleich mit folgenden Screening-Instrumenten:

BDI: Selbstbewertungsinstrument durch Teilnehmende bei Bedarf, HRSD: Beobachtungsinstrument, durch Fachkraft der Neuropsychologie, VAMS: Beurteilung der Stimmung durch die Teilnehmenden, CGI: Durchgeführt von einer Fachkraft der Neurologie, Neuropsychologie oder einer Projektpflegefachperson (in der Akutphase Stationäre Pflege), BDI: Durch betreuende Person, BDI: Beurteilung der Stimmung des Pflegefachpersonals

Datenanalyse

Einseitige Varianzanalyse: Vergleich verschiedener Symptome zwischen den verschiedenen Patientengruppen, Cronbachs Alpha: Messung interner Konsistenten des BDI und des HRSD, Spearman Korrelation, multiple lineare Regressionsanalyse, logistische Regressionsanalyse: Analyse Unterschiede, Untersuchung Sensitivität einzelner depressiver Symptome und deren Beitrag zur Diagnose der Depression nach einem Schlaganfall

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Diagnostizierung einer Depression erfolgte mit dem DSM-III-R, wobei mindestens fünf verschiedene Symptome aus einer Liste mit neun Depressionssymptomen vorhanden sein müssen und von welchen mindestens eines entweder die depressive Stimmung oder der Verlust von Interesse oder Vergnügen sein muss. Die Anzahl Depressionen anhand des DSM-III-R wurden durch eine Fachkraft der Neurologie diagnostiziert und danach mit den Ergebnissen der jeweiligen Screening-Instrumente verglichen: Bei einem Cutoff-Point von 10 wurden 23-29 Prozent durch das BDI und 10-14 Prozent durch die HRSD identifiziert, während mit dem CGI zumindest 22-27 Prozent als leicht depressiv eingeschätzt wurden. Es bestand eine signifikante Korrelation zwischen den drei CGI Werten der Fachkraft der Neurologie, der Fachkraft der Neuropsychologie und der Projektpflegefachperson zu jedem Zeitpunkt während der Datenerhebung resp. Nachbeobachtung. Die höchste Rate, etwa die Hälfte der Betroffenen, wurde entweder von der stationären Pflegefachperson anhand des CGI oder durch die betreuende Person anhand des BDI erzielt.

Die Unterscheidung zwischen den Screening-Instrumenten und dem DSM-III-R zeigten diverse Erkenntnisse. Durch den CGI wurde eine Sensitivität von rund 0.80 in der Akutphase und während allen Nachbeobachtungen und eine Spezifität von 0.79 in der Akutphase und 1.00 während allen Nachbeobachtung erreicht. Durch das BDI wurde die höchste Sensitivität und Spezifität nach 12 Monaten erreicht, während der HRSD dies nach zwei Monaten erreichte. Bei der Festlegung des gleichen Cutoff-Points zeigt das BDI zwar die bessere Sensitivität als die HRSD, dafür die schlechtere Spezifität. Das BDI wie auch die HRSD zeigten zu allen Messzeitpunkten eine interne Konsistenz und korrelierten signifikant. Auch die interne Konsistenz der affektiven Subskala des BDI war vorteilhaft, nicht jedoch die somatische. Die VAMS erwies erst nach 18 Monaten signifikante Werte und wurde somit als nichtzufriedenstellendes Messinstrument, bei der Identifizierung einer Depression bei Schlaganfallpatienten mit kognitiver Beeinträchtigung und Aphasie, bewertet. Die alleinige Beurteilung durch das Pflegefachpersonal zeigte eine geringe Sensitivität und Spezifität. Das stationäre Pflegepersonal erkannte 80 Prozent der Depressiven, erreichte aber ebenfalls eine geringe Spezifität. Zusätzlich wurde festgestellt, dass das BDI, durchgeführt vom Pflegepersonal, einen höheren Wert erzielte als das selbstverwertende BDI durch die Teilnehmenden.

Es wurden Unterschiede zwischen der Symptomatik in der Akutphase und der nach 18 Monaten festgestellt; während in der Akutphase mehr Gefühle wie Entmutigung, Misserfolg und Schuldgefühle präsent waren, zeigten sich nach 18 Monaten mehr

Gefühlslagen wie Traurigkeit, Unzufriedenheit, Enttäuschung, Interessensverlust und Entscheidungsschwierigkeiten.

In der Diskussion wird die Durchführbarkeit aller verschiedener Screening-Instrumente als vergleichbar bewertet. Obwohl wenig Evidenz in dieser Thematik vorhanden ist, wird von den Forschenden folgende Beobachtung thematisiert: Eine hohe Sensitivität ist wichtiger als eine hohe Spezifität bei der Bewertung von Depressionen nach einem Schlaganfall, damit alle tatsächlich Erkrankten identifiziert werden und niemand ausgelassen wird.

In diesem Zusammenhang wird das BDI zwar als akzeptables Screening-Instrument, zum Einsatz als diagnostisches Instrument jedoch als nicht spezifisch genug bewertet.

Weiter wurde festgestellt, dass sowohl affektive als auch somatische Faktoren eine Verbindung mit einer Depression aufweisen, was die Identifizierung einer Depression erschweren kann.

Weiter wurde die Stimmung des Pflegefachpersonals, in Bezug auf die Beurteilung der Stimmung des Betroffenen, mit welchem man in einer engen Beziehung steht, als einflussreich bewertet.

Letztendlich wird jedes Selbstbewertungsinstrument als hilfreich bei der Früherkennung einer Depression bei Schlaganfallpatienten eingeschätzt. Vor allem das BDI und das CGI werden infolge ihrer guten Sensibilität als zufriedenstellende Screening-Instrumente bewertet. Ausserdem werden keine speziell ausgebildeten Pflegefachkräfte oder speziellen psychiatrische Fachkräfte zur Verwendung des BDI benötigt. Diverse Bewertungsmethoden können auf unterschiedlicher Symptomatik beruhen, was insofern beachtet werden muss, da sich die Symptomatik einer Depression zwischen der Akutphase und der Nachbetreuung ändern könnte.

Kritische Würdigung

Das Forschungsprojekt wird aufgrund der Aktualität und Komplexität der Thematik, eine Depression bei Betroffenen nach einem Schlaganfall zu erkennen, als relevant betrachtet. Anhand von empirischer Literatur wird in die Thematik eingeleitet und der Forschungsbedarf begründet. Das Forschungsziel wird erwähnt.

Da das Prinzip einer Längsschnittdatenstudie darauf basiert, mehrere Messzeitpunkte zu analysieren, werden die Zeitpunkte der Nachbeobachtung in diesem Forschungsprojekt als sinnvoll erachtet und stärken somit die externe Validität. Die Aussagekraft von Längsschnittstudien können somit gestärkt werden, dass zu allen Messzeitpunkten die gleichen Daten der gleicher Teilnehmenden erhoben werden. Dies setzt eine hohe

Rücklaufquote voraus, welche von den Forschenden in Bezug auf jedes Screening-Instrument berechnet wurde und schlussendlich mit 92 Prozent als hoch ausfiel. Weiter gilt das Erreichen einer geringen Anzahl an Drop-Outs als wichtige Voraussetzung, was in dieser Studie jedoch keineswegs thematisiert wurde. Auch persönliche Veränderungen der Teilnehmenden während der verschiedenen Messzeitpunkte oder die Verbesserung der Durchführbarkeit der Massnahmen infolge eines Lerneffekts können zum Verlust der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation führen und müssen als Teil einer Behandlungsstudie berücksichtigt werden. Die Ziehung einer Gelegenheitsstichprobe könnten durch eine Rekrutierung von potenziellen Teilnehmenden durch die Forschenden eine Selektionsverzerrung auslösen. Der Umfang der Stichprobe wird als angemessen bewertet. Weiter werden Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie aufgestellt; gewisse Kriterien wie beispielsweise die ungenaue Definition einer Begleiterkrankung oder auch die Berücksichtigung einer Aphasie sind dabei kritisch zu hinterfragen. Weiter können Ausschlusskriterien wie das Alter ab 70 Jahren oder weiterer gesundheitlicher Probleme eine tiefere Wahrscheinlichkeit einer ausgeprägten Symptomatik mit sich bringen. Infolge dieser leichteren Symptomatik könnte eine Identifizierung erschwert werden.

Die Datenerhebung wird zwar erläutert, der Ablauf ist aufgrund fehlender Information nicht genau nachvollziehbar. Die Screening-Instrumente werden nicht erklärt. Ausserdem wird der Standardisierungsgrad insofern geschwächt, da nicht alle Screening-Instrumente bei allen Teilnehmenden erhoben wurden. Auch die Datenerhebung bei kognitiv eingeschränkten Personen und Betroffenen einer Aphasie könnten zu Datenverzerrungen führen. Die Erhebung von Outcome Variablen anhand von Messinstrumenten begünstigt die Reliabilität und Objektivität. Es werden bei jedem Screening-Instrument verschiedene Cut-off-Points verwendet, welche mit literarischen Angaben begründet und verglichen werden. Ausserdem wird die interne Konsistenz mit zufriedenstellenden Cronbach-Alpha-Werten des BDI und HRSD durch die Forschenden bestätigt, was zur Stärkung der Reliabilität beiträgt. Es wurde keine Untersuchung der Reliabilität der Bewertungen durch das Pflegefachpersonals bei der Beobachtung oder Erkennung einer Depression durchgeführt, was die Ergebnisse nur als vorläufig betrachten lässt. Die Reliabilität und Validität wird durch Angaben im Referenzverzeichnis überprüft und gestärkt. Es erfolgt eine sehr exakte Beschreibung der Datenanalyse und die Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren.

Zwar werden keine ethischen Angaben gemacht, die Freiwilligkeit an der Teilnahme wird insofern angenommen, da sie Instrumente als selbstbewertend beschrieben werden.

Die Ergebnisse werden anhand von präzisen Angaben dargestellt und in Unterthemen eingeteilt. Je nach Berechnung ist beispielsweise Prozentsatz mit jeweiligem Signifikanzniveau angegeben. Eine korrekte Darstellung der Ergebnisse wird in vier Tabelle vorgenommen.

Die Diskussion umfasst nochmals die wichtigsten Ergebnisse und wird mit empirischer Literatur verglichen. Mögliche Verzerrungen, welche eine Schlussfolgerung in Bezug auf die Realität erschweren, werden thematisiert. Die Hauptthemen sind in der Studie wiederholt erwähnt und spiegeln somit die wichtigsten Ergebnisse mit Implikationen für die Praxis. Die Erreichung des Forschungsziels kann abgeleitet werden. Die Notwendigkeit von zukünftigem Forschungsbedarf wird kurz erwähnt.

Anhang D

Zusammenfassung der Studie: “Benchmarks for effective primary care-based nursing services based for adults with depression: a Delphi study”, (McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., McLaughlin, D., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Hohe Prävalenz von Depressionen in der Primärversorgung <p>Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Übereinstimmende Auffassung über geeignete Benchmarks (Vergleichsmaßstäbe) zur Identifizierung und Vereinbarung einer effektiven primärmedizinischen Pflege für Erwachsene mit einer Depression. Forschungshypothese: Frühere Studien über Benchmarking führen zur Interpretationen einer Entwicklungsverbesserung. <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungsberichte bezeichnen die Depression als führende Ursache für Behinderungen Rund 121 Millionen Menschen betroffen Früheren Studien: Prozentzahlen zwischen 5 und 16 hin, 60 Prozent aller Suizide infolge einer Major Depression Hohe Inzidenz einer Depression bei Menschen mit somatischen Erkrankungen und in Verbindung mit Angststörungen Versorgung von Depressiven: Grösstenteils in der Primärversorgung statt 50 Prozent bleiben unentdeckt und unbehandelt, Gründe dafür sind fehlende Expertise Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner, Arbeitsbelastung, konkurrierende Anforderungen, somatische Symptombeschreibung durch Betroffene, Schuldgefühle und Stigmatisierung Erste Anlaufstelle: i.d.R. Allgemeinmediziner, laut Studien am besten in der Lage zur frühen Identifizierung Steigende Beteiligung in den letzten Jahren durch Praxispflegefachpersonen und Pflegefachpersonen der Psychiatrie bei der Identifizierung und dem Management Wenig Zeit zur Verfügung Viele Arbeitende sind ungeschult und werden nicht unterstützt <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Goldberg und Von Korff (2001): Äussern Notwendigkeit zur Verbesserung gesamten Versorgungsprozesses bei Depressionen, was organisatorische und funktionelle Veränderungen im Gesundheitsteam erfordert Neuer Hausarztvertrag UK: Zielt auf Belohnung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Behandlung ab, Ermütigung Allgemeinmediziner zu zusätzlichen Dienstleistungen bezüglich psychischer Gesundheitsfürsorge, Angebot für das Pflegefachpersonal zur Erreichung einer möglichen Verbesserung ihrer Beiträge in der Primärversorgung Geeignete Benchmarking-Aktivitäten für die Krankenpflege sind bereits vorhanden, jedoch nicht übertragbar auf Entwicklung, Steuerung und Unterstützung effektiver primärmedizinischer Pflegedienste für depressive Erwachsene Benchmarking kann Patientenversorgung 	<p>Ansatz/Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Delphi-Technik: Systematisches, mehrstufiges Befragungsverfahren mit Rückkopplung und Schätzmethode. Zweck: Möglichst genaue Einschätzung über zukünftige Ergebnisse, Trends und technische Entwicklung Begründung: Konsultation mit einer Berufsgruppe als gemeinsames Thema. Erwies sich als hilfreiches Design zur systematischen Identifizierung und Konsensfindung zu einem Kernsatz geeigneter Benchmarks durch ein multiprofessionelles Expertengremium in GB Erfahrungswerte: Diverse Ansätze zur Entwicklung von Benchmarks. Langsame Übernahme Delphi-Technik durch Gesundheitsforschende. Anwendung in diversen Studien insbesondere Krankenpflege. Auch relevante Studien für psychische Gesundheit Entscheid: Mögliche Konsultation mit grösseren geografisch verteilten und multiprofessionellen Gruppen. Ablauf: Gruppenmoderation mit Ziel Konsens über Expertenmeinungen durch Reihe von strukturierten Fragen Validität, Reliabilität: Erfordert durchgängiges Einhalten systematischer und rigoroser Prozesse Auswahl: Dreistufige klassische Version da derzeit kein bestehender Konsens über geeignete Benchmarks. Voraussetzungen: Sorgfältige Abwägung zum Verständnis der Delphi-Technik, Identifikation Experten, Entwurf Fragebogen, Erzielen angemessener Konsens, Bestimmung Anzahl durchzuführender Runden <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Multiprofessionelles Expertengremium des Vereinigten Königreichs Ermittlung potenzieller Panelmitglieder: Mithilfe umfassender Überprüfung Literatur und Expertendatenbanken von Organisationen Definitionen von Experten und Bildung Expertenpanelgruppen auf ihrem spezifischen Gebiet. Teilnehmende äusserten Bereitschaft zur Beitragsleistung Einschlusskriterien, alle bezüglich Umgang mit Depressionen bei Erwachsenen in der Primärversorgung: - leisteten Dienst, - veröffentlichten Literatur, - führten Forschungs- und Praxisentwicklungsinitiativen durch, - sind Senior practitioner. Keine spezifischen Ausschlusskriterien <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> N = 67 Panelexperten <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Runde 1: Fragebogen in drei Abschnitten: Offene Frage zur Identifikation Benchmarks, demografische Daten, Erfüllung Aufnahmekriterien Runde 2: Fragebogen anhand Antworten Runde 1, Einordnung Wichtigkeit Benchmark-Statements auf 5-Punkte-Skala Runde 3: Neue Bewertung Benchmarks ohne Konsens von 70% oder mehr auf derselben 5-Punkte-Skala im Licht Gesamtgruppenresonanz Unabhängige Variable: Methode Abhängige Variable: 5 Punkte Skala zur Bewertung Benchmarks Zusätzliche Variablen: Vier Einschlusskriterien <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> E-Delphi: Email oder Online-Formular, Zugang für alle Panelmitglieder Durchführung Runde 1 Pilotstudie: Wiederholung Runde 1 mit 10 Fachleuten ausserhalb des Forschungsfeldes, Gewährleistung inhaltliche und visuelle Validität, Rücklaufquote: 100%. → Feedback: Übersichtlich klarer prägnanter Fragebogen, Fokussierung Antworten ohne Einschränkung, geringfügige Änderungen Formulierungen und Layout Instrument Durchführung Runde 2 und 3 Nicht Antwortende: Erinnerung per Mail, Mahnung nach Ablauf Frist, Telefonat ab Runde 2 zur Erörterung Probleme bei Fertigstellung und Vereinbarung angemessener Rückgabetermin 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Ermittlung 89 potenzieller Panelexperten Rücklaufquote: 67 (75%) Teilnehmende Fünf Berufsgruppen: Pflegefachpersonal Bereich Psychiatrie, Gesundheitsbesucher, Praxispflegefachpersonal, Allgemeinmediziner, Psychiatrische Fachkräfte Ausbildungsstufe: Variation innerhalb jeder Gruppe was Vielzahl Perspektive einbringt Gründe Nicht-Teilnahme: Schweren Arbeitsbedingungen Drop-Outs: Keine Angaben <p>Runde 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Rücklaufquote: 96%, 64 Rücksendungen Antworten mehrheitlich per Post Identifikation: 1216 Benchmark-Statements - Praktischen und strategische Aussagen Überschneidungen: Verringerung durch Analyse und unabhängige Urteile Forschungsteam Schlussendlich 140 Benchmarks unter drei Kategorien <p>Runde 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Rücklaufquote: 95%, 61 Rücksendungen Antworten mehrheitlich per Mail: Statistisch signifikanter Anstieg Konsens 70%: Erreicht durch 22 (16%) Benchmarks Tabelle: Höchste Konsensschwelle 15 Benchmarks <p>Runde 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Rücklaufquote: 95%, 58 Rücksendungen Antworten mehrheitlich per Mail: Stat. sign. Anstieg Konsens 70%: Erreicht durch 51 von 118 (43%) Benchmarks 69% Struktur, 19% Prozess, 12% Ergebnisse Tabelle: Höchste Konsensschwelle 15 Benchmarks <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsens Erreichung: 73 Benchmarks Kategorien: Struktur, Prozesse, Ergebnisse <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Sorgfältige Auswahl Teilnehmenden nach Fachwissen 5 Berufsgruppen: Keine eindeutige Repräsentativität für gesamte Grundversorgung in UK und Irland Wenig Widersprüche zwischen Berufsgruppen, starke Übereinstimmung Ergebnisse und internationalen Forschungs-, Politikliteratur Mögliche Unterscheidungen Erwartung Dienstleistungsnutzende der Primärversorgung: Ausschluss da Teilnahme während schwächenden Depressionssymptomen nicht erwartet Vorschlag Cunningham & Slevin (2005): 	<p>Signifikante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Trotz multiprofessionellem Expertengremium: Wenig Widersprüche identifizierter Benchmarks, ähnliche Ansichten qualitativ hochwertiger Dienstleistungen Pflege: Konzentration auf Strukturen und Prozesse Verlässlichkeit Ergebnisse: Diejenigen die einen Konsens erzielten, in Runde 2 und 3 beibehalten Keeney et al (2001): Existenz Konsens aus Delphi bedeutet nur Einigung Teilnehmende auf ein Thema, nicht Befund richtiger Antwort Keeney et al. (2006): Neigung Panelteilnehmende wegen Meinungsänderungen da sie fälschlicherweise denken, dass Ansichten Mehrheit richtig sein müssen: Wird in Studie widerlegt <p>Benchmarks</p> <p>Pflegefachpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> Betrachten Depressionsdienstleistung als Teil ihrer Rolle Ausreichende Anzahl in Primärversorgung behilflich bei Identifizierung und Bewältigung von Depressionen Bestimmtes Niveau Ausbildung und Kompetenz Angemessene Schulung Kenntnisse und Kompetenz über Screening-Tools Fähigkeit grundlegender Bewertung zur Identifizierung Depression Geschützte Zeit: Behandlung von Depressionen, Übernahme Beratungsfunktionen, Zugang zu unterstützendem Schlüsselmitarbeiter 1 tägiger Kurs: Vorbereitung bezüglich Depressionsdienste: Kenntnisse Politiken, Richtlinien, Protokolle, Verfahren, Bewertung unter Verwendung evidenzbasierter Screening-Tools und Ratingskalen Regelmässige berufliche Entwicklung und klinischer Überwachung Angemessene Ausstattung: Entwicklung Primärmedizinisches Pflegemodell für Erwachsene mit Depressionen <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> Notwendigkeit Betrachtung Depression als Problem, welches Wert ist angegangen zu werden Effektive Behandlungen Klare Richtlinien für Screening und Management Verfügbarkeit und Nutzung evidenzbasierter Leitlinien für Management von Depressionen in Primärversorgung Verfügbare pharmakologische und psychologische Behandlungen für Patienten mit Depressionen Verfügbare klinische Profildaten (Anzahl Patienten, Ausmaß/Schweregrad, Ausmaß/Länge/Effektivität Interventionen) Verfügbarkeit regelmässig aktualisiertes Ressourcenverzeichnis für Mitarbeiter Primärversorgung und Kunden, Auflistung relevanter lokaler Dienste Bereitstellung erweiterte Depressionsdienste: Erbringen von allen Teams, Belohnung im Rahmen Quality Outcomes Framework Entwicklung integrierter Versorgungspfad für Depressionen: Partnerschaft wichtigsten Interessengruppen, Einklang nationalen Leitlinien Depressionen Strukturierter Ansatz Sicherstellung Umsetzung und Evaluierung Richtlinien auf lokaler Ebene Nutzung alternativer Modelle Leistungserbringung zur Unterstützung Angemessene Finanzierung und Ressourcenausstattung primärmedizinischer Depressionsdienste Ansiedelung psychiatrische Pflege an lokale Gesundheitszentren, Zugang Allgemeinmedizin <p>Sekundärversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Verfügbarkeit Beratung und Unterstützung durch Spezialisten

<p>verbessern, indem es Praktizierende, Pflegebedürftige und Betreuende anhalte, die Entwicklung bewährter Verfahren mit Vergleich und Austausch zu beeinflussen</p>	<p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Skalenniveau Variablen: Intervallskala Etablierung Konsensebene nach Keeney et al. (2006): Jeder Punkt mind. 70% Zustimmung, Vorschlag Literatur als starker Cut-off-Point. Runde 1 nach Newall und Burnard's (2006): Inhaltliche Analyse Vermeidung Doppelspurigkeiten/Überschneidungen: Kollabierung identifizierte Aussagen Resultierende 140 Benchmark-Statements nach Donabedians (1980): <ul style="list-style-type: none"> - Strukturen, - Prozesse, - Ergebnisse, Bewertung Versorgungsqualität Vorbereitung Runde 2: Integration Ergebnisse in Liste von Benchmark-Statements Runde 2 und 3: Analyse quantitativer Daten, Ziel Ermittlung Übereinstimmung Expertenpanel mit einzelnen Benchmark-Statements Statistisches Paket für Sozialwissenschaften Version 11.0: Messung Median, Mittelwert und Standardabweichung für jede Aussage Median: Zusammenfassung Übereinstimmung für jede Aussage, Feedback Panelmitglieder Mittelwert: Ermöglichung starker Differenzierung Aussagen, Verwendung zur Rangfolge Aussagen sobald Konsens 70% oder mehr <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Genehmigung zuständigen Ethikkommission Zentrale Bedeutung für Forschende: Aufrechterhaltung Autonomie Teilnehmenden Information Expertengremium: Recht spezifischer Informationen abzulehnen oder Teilnahme in jeder Phase ohne Nachteile zu beenden Vertraulichkeitsverpflichtung: Versicherung Vorhandensein aller notwendigen Verfahren zum Schutz ihrer Privatsphäre und Identität während und nach Abschluss Untersuchung Unmöglichkeit totaler Anonymität: Forschende kannten Herkunft einzelnen Antworten. Laut Beschreibung von McKenna (1994) dennoch Gewährleistung der Quasi-Anonymität 	<p>Schwierigkeit Beteiligung Dienstleistungsnutzer infolge Unklarheit beruflichen Rollen</p> <ul style="list-style-type: none"> Entwickelnde Natur psychiatrischer Grundversorgung Nordirland Ermittelte Benchmarks nicht als umfassende Bewertung Depressionsdiensten oder umfassendes Instrument zur Messung Versorgungsqualität Nutzen für Stärkung Bewusstsein wichtiger Themen primärer Pflegedienste, Identifizierung Ausgangsbasis Depressionsversorgung, Wegweiser Definition Versorgungsqualität, Entwicklung lokaler Pflegestandards 	<p>Sekundärversorgung wenn nötig</p> <ul style="list-style-type: none"> Angebot erweiterte Depressionsdienste von engagierten primärmedizinischen Team, anstatt von sekundären Pflegeteams Verringerung der Überweisung Patientenzahl mit leichter bis mittelschwerer Depression in Sekundärversorgung <p>Praxisempfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung aller Fachkräfte Klare Rollenverteilung und Verantwortlichkeit Schulung, Ausbildung Pflegepersonal Benchmarks ermöglichen Allgemeinmediziner: Identifikation Lücken, Förderung Verbesserung Depressionsversorgung, Festlegung Standards für mögliche Versorgungsformen Verwendung Benchmarks: Überwachung, Bewertung, Verbesserung Qualität in Primärversorgung erbrachten Depressionsdienstleistungen Verknüpfung Benchmarks mit Forschungsinitiativen welche sich mit Qualität primär psychischen Gesundheitsversorgung als Ganzes befassen <p>Vergleich Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> Sainsbury Centre for Mental Health (2002): Zunahme Anzahl und Fähigkeiten Pflegefachpersonen in Primärversorgung als essentiell, Erschwerung durch kleines Budget, Finanzierungsfragen sollten keine Entschuldigung für Untätigkeiten sein Atkin et al. (1993): Weniger als Hälfte Praxispflegefachpersonen betrachten Identifizierung Depression als Teil ihrer Rolle Crosland & Kai (1998): 1/5 Praxispflegefachpersonen äussern Zufriedenheit mit ihrer Rolle Nolan et al (1999), Thomas & Corney (1993): Studie in der 89%/86% Pflegefachpersonen ihre Rolle in Behandlung von psychisch Erkrankten sehen Eve & Gerrish (2001): Unterschiedliche Arbeit Pflegefachpersonen, zurückführend auf Interessen Allgemeinmediziner Vertrag Allgemeinmediziner: Kategorisation erweiterter Depressionsdienste als zusätzliche Dienstleistungen, nicht obligatorisch Carrol & Quijada (2004): Kultur als Hindernis für Veränderungen, kein klares kulturelles Modell infolge unterschiedlicher Verwaltung Depressionsdienste durch Praxen, Primärversorgung als Ansammlung Berufskulturen National Service Framework for Mental Health (DH 1999): Entwicklung Teamansätze, einschliesslich aller beteiligter Pflegebereiche und Dienstleistungsnutzer Telford et al. (2002): Bedenken Unterschiede Qualifikation und beruflichen Verantwortlichkeit Primärversorgung und Psychiatrischer Fachkräfte Sainsbury Centre for Mental Health (2002): Unterscheidung Fähigkeiten und Erfahrung Pflegefachpersonal in Primärversorgung Plummer et al. (2000) etc.: unvorbereitet und fehlende Expertise trotz regelmässigem Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen Evidenzbasierte Leitlinien: Potenzial Gewährleistung strenger klinischer Standards und Schliessung Lücken in Evidenzbasis National Institute for Clinical Excellence (2004): Richtlinien Management Depression in Primärversorgung, Hinweise oft missbraucht <p>Zukünftiger Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Wichtiger Schritt zur routinemässigen Messung Versorgungsqualität Einbinden in Prozess kontinuierlicher Qualitätsverbesserung
--	--	---	--

Kritische Würdigung der Studie: "Benchmarks for effective primary care-based nursing services based for adults with depression: a Delphi study" (McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., McLaughlin, D., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Logischer Argumentationsaufbau in der Einleitung Ausführliche Einleitung in die Thematik mit empirischer Literatur Forschungsziel: Aufgezeigt, verständliche Formulierung Forschungsfrage: Keine Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein relevantes Thema für die Berufspraxis ist, folgende Aspekte werden erwähnt: Aktualität der Depression Mögliche Folgen Prävalenz in der Primärversorgung Schwierigkeiten bei der Identifizierung <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschäftigt sich mit der Situation im Vereinigten Königreich, welches Differenzen zur Schweiz bezüglich Gesundheitsversorgungssystem aufweisen kann Setting: Es wird die Situation in der Primärversorgung beschrieben, nicht jedoch im Akutbereich Da das Ziel jedoch die Auffassung von allgemeinen Benchmarks in Bezug auf das Phänomen Depression und dessen Umgang ist, kann die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitationen des Settings <p>Empirische Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Hintergrundinformationen bezüglich der aktuellen Situation im Vereinigten Königreich Argumentation mit Berichten und Studien welche epidemiologischen Daten erfassen Bezug zu früheren Studien: Relevanten Resultate bezüglich der aktuellen Forschung Erfahrungswerte: Hinweis auf die Wichtigkeit der Verbesserung des Versorgungsprozesses Begriff Benchmark wird definiert Begründung Forschungsbedarf mit dem aktuellen Forschungsstand 	<p>Verbindung Design und Forschungsfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine genaue Definition, Bedeutung Technik schwer verständlich, Begründung Designwahl vorhanden, kurze Bewertung bereits aufgeführt Zweck Delphi-Technik: Ziel und Ablauf anhand Literatur beschrieben Gütekriterien: Aussagen über Gewährleistung Validität und Reliabilität Pro: Erwähnung Erfahrungswerte im Gesundheitswesen befürwortet Design Pro: Grundidee Delphi-Technik kann in Betracht Datenerhebung erfüllt werden da vorhandene Definition Expertenmeinungen, Problemstellungen über mehrere Befragungswellen einholen Contra: Unklarheit ob Forschende ebenfalls Experten, relevant da sie Fragebogen erstellen <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Definition Experten, keine genaue Erläuterung, keine Ausschlussfaktoren Design: Zufallsstichprobe innerhalb Expertengremiums würde Gewährleistung Repräsentativität erhöhen Vorgehen: Beschreibung Vorgehen zur Filterung potenzieller Paneelexperten Einschlusskriterien: Aufgezeigt in Tabelle, Keine Begründung, Berufserfahrung eher knapp Umfang: Eher knapp, keine Begründung, grosser Effekt erst signifikant Setting: Keine Angaben Studiengruppen: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden, Vergleichsgruppe nach Runde 1 Rücklaufquote: Keine Angaben Nicht-Teilnahme: Keine Angaben Gründe Repräsentativität Grundgesamtheit: Niedriges Niveau Spekulation da Expertenauswahl aus Fachgebiet <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Begründung anhand literarischen Angaben Gliederung: Genaue Beschreibung Vorgehen diversen Runden Gütekriterien: Keine Angaben zu Benchmark-Statements, Durchführung Expertengremium Limitationen: Mögliche Verzerrungen/Einflüsse im Paragraph Ergebnisse <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Bezug Forschung: Sinnvoll in Bezug auf Stichprobe Ablauf: Deutliche Beschreibung Datensatz: Unklarheit woher die Fragen der Runde 1 stammen, beinhaltet offene Fragen Zweck Technik: Erfüllt da weiterfolgende Runden auf vorherigen Antworten aufgebaut Gütekriterien: Durchführung Pilotstudie zur Gewährleistung Validität Grundvoraussetzung: Erfüllte Anonymität, Urteillabgabe isoliert voneinander Rücklaufquote: Deutlicher Hinweis Motivation Teilnehmenden zur Erreichung hoher Rücklaufquote Datensättigung: Keine Angaben <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Belegt anhand literarischer Angaben, keine Erläuterung Ablauf: Exakte Beschreibung Darstellung: Resultate in Tabelle nach jeder Runde Konsensebene/Cut-off-Point: Begründung anhand literarischer Angaben Statische Messzahlen: Angabe Weg der Berechnung relevanter statischer Messzahlen wie zentrale Tendenzen sowie Ausbreitungsgrade Statistische Tests: Entsprechen Skalenniveau. Keine Erläuterung. Signifikanzniveau: Keine Angaben. Somit Annahme 0.05. <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Differenzierte Aussagen zu ethischen Überlegungen Zentrale Bedeutungen sowie Limitationen bezüglich Ethik der Studie mithilfe Literatur 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Contra: Unklarheit ob Forschende ebenfalls Experten, relevant da sie Fragebogen erstellen Beschreibung Teilnehmenden anhand soziodemografischer Fakten in einer Tabelle Gewichtung auf die Qualifikation ersichtlich Thematisierung Pro und Contra der unterschiedlichen Berufsgruppen und deren ungleichmässige Verteilung Gründe für Nicht-Teilnahme werden erläutert <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Einteilung Ergebnisse in Paragrafen Präzise Angaben Anzahl, Mittelwert, Standardabweichung Vermeht auch Rücklaufquoten thematisiert, worauf die Forschenden anscheinend viel Gewicht legen Vorgegebenes Konsensniveau: Bestimmung Relevanz Benchmark Niveau von identifizierten Benchmarks erreicht Einteilung Benchmarks in drei Kategorien Teilweise Unverständliche Formulierung für Lesenden Thematisierung Übereinstimmungen Aufzeigen von Limitationen <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zur Verständlichkeit und Übersicht Angaben über Teilnehmende wie Zulassungskriterien und Zusammensetzung der Stichprobe Benchmarks mit dem höchsten Konsens nach Runde 2 und 3 inklusiv Angaben zum Mittelwert, Standardabweichung und dem Konsensniveau, aus dem Text nicht ersichtlich Viel Text, jedoch verständlich Beschriftung korrekt vorgenommen 	<p>Diskussion und Interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> Diskussion ausführlich Aufbau teilweise fragwürdig; Limitationen in Resultaten, mehrfache Wiederholungen, keine Gliederung der Thematik Verständliche Aufführung der Benchmarks mit Angaben des erreichten Konsenses Abschliessende Grafik wiederholt wichtige Punkte: Wissen vor der Studie, neue Ergebnisse, Auswirkungen auf Praxis Letzter Abschnitt: Schlussfolgerung mit Bewertung der Delphi-Technik sowie der erreichten Benchmarks Interpretationen der Forschenden fehlen <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Schlussfolgerung: Essentiellen Aussagen zur Erreichung des Forschungsziels Aus dem Text kann eine Beantwortung erfolgen Die interpretierte Forschungshypothese wird durch die Ergebnisse bestätigt <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Praxistransfer: Komplexe Aussagen, schwer verständlich Aufgeführte Praxistipps nicht vollständig nachvollziehbar in Bezug auf die identifizierten Benchmarks Selbstständige Ableitung von Empfehlungen für die Praxis aus den identifizierten Benchmarks Für erfolgreiche Umsetzung in die Praxis müssten diverse Veränderungen in der Versorgung vorgenommen werden, die Interventionen erfordern viel Ressourcen, Zeit und Kosten <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Blick auf die Prävalenz und den aktuellen Stand der Benchmarking Aktivitäten im Gesundheitsbereich erscheint die Studie sinnvoll Stärken und Schwächen müssen selbstständig interpretiert werden Aussagen bezüglich Handhabung der Benchmarks der aktuellen Studie Benchmarking haltet Betroffene zum Vergleich und Austausch an, mit dem Ziel die Entwicklung bewährter Verfahren zu beeinflussen Das Verfahren wird auch als übertragbar in ein anderes Setting bewertet Bezug auf diverse literarische Angaben Differenzierter Vergleich mit zusätzlicher Kritik an den Ergebnissen Zukünftiger Forschungsbedarf wird nicht explizit mit Studien begründet, es wird jedoch das Einbinden in die Qualitätsverbesserung erwähnt

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: “Benchmarks for effective primary care-based nursing services based for adults with depression: a Delphi study” (McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H., McLaughlin, D., 2010)

Objektivität (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Forschungsprozess: Grösstenteils beschrieben, Aussagen zum datenerhebenden Forschungsteam fehlen → wichtige Voraussetzung für die Delphi-Technik ist, dass das Forschungsteam aus Experten des Phänomens gebildet wird
- Standardisierungsgrad: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden
- Durchführungsobjektivität: Erhebung Outcome Variablen anhand eines elektronischen Formulars, Festlegung eines literarisch begründeten Konsensniveaus
- Interpretationsobjektivität: Beeinflussung durch offenen Fragen, Möglichkeit individueller Deutungen, Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Überschneidungen werden identifizierter Aussagen kollabiert, laut literarischen Angaben Gewährleistung einer Quasi-Anonymität, trotzdem Unmöglichkeit einer totalen Anonymität da die Forschenden die Herkunft der einzelnen Antworten kannten

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Designwahl: Durchgängiges Einhalten systematischer und rigoroser Prozesse erforderlich, Erfahrungswerte bezüglich Benchmarking
- Messinstrument: Verweis ins Referenzverzeichnis
- Outcome: Messung Variablen auf Intervallskala
- Wiederholungsuntersuchung: Pilotstudie nach der ersten Interviewrunde mit zehn Fachleuten ausserhalb des Forschungsfeldes

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Designwahl: Durchgängiges Einhalten systematischer und rigoroser Prozesse erforderlich
- Stichprobe: Qualifikation Experten, Definition Experten, Experten auf ihrem Gebiet
- Messinstrument: Keine Angaben, Unklarheit ob geeignete Massnahme zur Identifizierung der besten Benchmarks
- Datenerhebung: Basierend auf erreichten Ergebnisse in der vorherigen Runde, zuerst offenen Fragen, danach Wiederverwendung von Antworten mit erreichtem Konsensniveau
- Wiederholungsuntersuchung: Pilotstudie nach der ersten Interviewrunde mit zehn Fachleuten ausserhalb des Forschungsfeldes > Feedback und bestimmte Optimierung des Fragebogens, Ziel: Gewährleistung inhaltliche und visuelle Validität

Interne Validität:

- Design: Berücksichtigung des Zwecks der Delphi-Technik mit aufeinander aufbauenden Resultaten
- Selektionsbias: Sorgfältiges Erheben Stichprobe, anhand Fachwissen
- Einschlussfaktoren: Keine genaue Messung der Berufserfahrung möglich
- Stichprobenziehung: Sorgfältiges Erheben Stichprobe, anhand Fachwissen, knapper Umfang, hohe Rücklaufquote
- Datenerfassung: Hohe Rücklaufquote verringert Gefahr einer unvollständigen Datenerfassung
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren

Externe Validität:

- Stichprobe: Genaue Charakterisierung Stichprobe, Berücksichtigung von Einschlusskriterien, keine Ausschlusskriterien, geringer Umfang, ungleichmässigen Verteilung der verschiedenen Berufsgruppen von den Forschenden selber kritisiert
- Setting: Keine Angaben
- Datenanalyse: Untermauert mit literarischen Angaben
- Resultate: Identifizierte Benchmarks mit erreichtem Konsensniveau in einer Tabelle aufgezeigt
- Verzerrungen: Diskussion in Bezug auf die Realität, identifizierte Benchmarks werden nicht als umfassende Bewertung oder Instrument angesehen, mehr als Nutzen zur Stärkung bestimmter Themen

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide**. Es handelt sich um eine „single Studie“, also eine nicht bewertete primär datenbasierte Forschungsarbeit eines Journals.

Zusammenfassung der Studie: „How ready are practice nurses to participate in the identification and management of depressive patients in primary care“ (Naji, S., A., Gibb, J., Hamilton, R., J., Lawton, K., Palin, A., N., Eagles, J., M., 2004)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflegefachpersonal der Allgemeinmedizin in Schottland beobachtet eine steigende Zahl von Personen mit psychischen Problemen <p>Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Studie möchte folgendes vom, in der Allgemeinmedizin arbeitendem, Pflegefachpersonal ermitteln: <ul style="list-style-type: none"> - Derzeitige Arbeitsbelastung und Praxis mit depressiven Pflegebedürftigen - Einstellung und Wissen über Depressionen und Behandlung - Wahrnehmung des eigenen Wissens - Bereitschaft zur Arbeit mit depressiven Patienten in der aktuellen Praxis - Ansichten zur Weiterbildung <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Bisherige Erfahrungswerte: Vorhandensein einer signifikanten depressiven Erkrankung bei zehn Prozent aller Teilnehmenden der Grundversorgung, häufig nicht diagnostiziert Befragung Bevölkerung: 70% der Befragten während der „Defeat Depression Campaign“, hielten im Falle einer auftretenden Depression die Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitspersonal als angemessen Frühere Studien: Lücken in den relevanten Kompetenzen des Personals in der Primärversorgung Mangel an postqualifiziertem Pflegepersonal mit Ausbildungen im Bereich der psychischen Gesundheit Mangel an Aufklärung des Pflegefachpersonals im Gegensatz zu den Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern Dies obwohl die Einbeziehung von ausgebildetem Pflegefachpersonal im Management der Depression in der Primärversorgung als signifikant effektiv gilt Infolge dessen: bisher schlechte objektive Einschätzung und unsicheres subjektives Empfinden des Pflegepersonals bei der Identifizierung psychischer Erkrankungen <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> „National Service Framework for Mental Health Services“: Ermittlung und Bewertung der Bedürfnisse von Dienstleistungsnutzenden der Primärversorgung „Mental Health Policy Implementation Guide“: Hebt als Leitfaden die Lücken im Kompetenzbereich für die psychische Gesundheit in der Primärversorgung hervor. „Framework for Mental Health Services in Scotland“: Erkennt Notwendigkeit zur Behebung dieser Mängel „Scottish Health Plan“: Enthält eine spezifische Verpflichtung zur Verbesserung der Ausbildung des Pflegefachpersonals in der Primärversorgung 	<p>Ansatz/Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Beobachtungsstudie Einfache deskriptive Statistik <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflegefachpersonal Arbeitend in einer Allgemeinpraxis in Schottland Einschlusskriterien: Arbeitsstelle, Berufung Keine spezifischen Ausschlusskriterien <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Probability-sampling Geschichtete Zufallsstichprobe: Stratifizierung von potenziellen Teilnehmenden durch Gesundheitsbehörde und bestimmte Partner Stichprobenziehung durch computergesteuertes Randomisierungsverfahren N = 442 Pflegefachpersonen <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen (7 Abschnitte): <ul style="list-style-type: none"> - Personalien, - Übungsdetails, - Fallbeispiele, - Depression, - Kampagnen, - Interventionen, - Schulung, - Depression Attitude Questionnaire Ein Abschnitt: „Defeat Depression Campaign“, „Royal College of Psychiatrists, Changing Minds Campaign“ <ul style="list-style-type: none"> - Übereinstimmung mit 12 Aussagen - Ziel: Verringerung Stigmatisierung Ein Abschnitt: „Depression Attitude Questionnaire (DAQ)“ <ul style="list-style-type: none"> - 20-Punkte Skala zur Messung der Einstellung gegenüber Depressionen, - Einteilung in 4 Hauptkomponenten: Behandlung, Professionelles Unbehagen, Überzeugung Verformbarkeit, Identifizierung - Begründung: Spiegelung Ergebnisse in die Praxis Unabhängige Variablen: Fragebogen Methodik Abhängige Variablen: Outcomes aus dem Fragebogen Zusätzliche Variablen: Arbeitsstelle, Berufung <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusendung: Fragebogen, Begleitschreiben, frankierter Rückumschlag an Stichprobe Nicht-Antwortende: Schriftliche und telefonische Mahnung Datenerhebung: Einmaliges Ausfüllen Fragebogen pro Teilnehmenden <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Skalenniveau Variablen: <ul style="list-style-type: none"> - Abschnitt 4 und 7: Ordinalskala - Rest Abschnitte: Nominalskala Verwendung deskriptiver Statistik Statistische Verfahren: Odds Ratio, Mittelwert, Standardabweichung, Zentralwert Bestätigung Verwendung von parametrischen und nichtparametrischen Tests Angaben Signifikanz und Konfidenzintervalle: <ul style="list-style-type: none"> - Statistisch-isotische Signifikanz durch P-Werte 0.05 - Konfidenzintervalle (CI) 95% Interpretation anhand Resultaten: Beantwortung Abschnitte Fragebogen auf Nominalskala. Darstellung Mittelwert der vier Hauptkomponenten beim DAQ. <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben zu ethischen Standards oder Genehmigung 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> N = 786 Pflegefachpersonen innerhalb 428 Praxen: 442 Teilnehmende Alter: Mittelwert 45.0 Geschlecht: 99.5% weiblich Qualifikation: Mittelwert Zeitdauer seit Ausbildung 23.9 Jahre 98.4 % registrierte o. staatliche Pflegepersonen, 3.5% davon Zusatzqualifikation Arbeitsdauer: Zentralwert seit 7 Jahren Arbeitsstunden/Woche: Zentralwert 25 h/Wo. Pflegefachpersonen/Praxis: Zentralwert 2 Gründe Nicht-Teilnahme: Ablehnung (4.6%), keine Antwort (40.3%). Rücklaufquote 56.2 % der in Frage kommenden Teilnehmenden von 72.2% der in Frage kommenden Praxen <p>Umgang</p> <ul style="list-style-type: none"> 84.9% der Teilnehmenden besuchten während der allgemeinen Ausbildungszeit den Bereich einer psychiatrischen Gesundheitsversorgung (dabei eher Jüngere und kürzlich qualifizierte), 58.4% davon empfanden dies als gute Erfahrungen Teilnehmende betrachteten in den letzten zwei Wochen im Zentralwert fünf der behandelten Patienten als depressiv, ausschliesslich Wiederholbesuche: Umrechnung Schätzungen in Anteile der im gleichen Zeitraum beobachteten Patientinnen bzw. Patienten ergibt Zentralwert von 6%. Teilnehmende welche vor kurzem Schulung besuchten (weniger als Mittelwert): Schätzen höheren Anteil als depressiv ein (6.7% vs. 5%, p=0.03) 94.2% Teilnehmenden wurden von Patientinnen und Patienten nach Aspekten der Depression befragt: 17.6% davon fühlten sich fähig im effektiven Umgang mit ihnen, > 90% davon begründeten dies mit fehlende Kenntnisse und Ausbildung. Keine Korrelation Alter, Jahren seit Ausbildung, Praktika im psychiatrischen Bereich Teilnehmende mit guter Erfahrungen bei Platzierung im psychiatrischen Bereich: Fühlte sich besser in Lage im Umgang (23.3% vs. 9.2%, p=0.001) <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Häufigste Massnahme bei Verdacht auf Depression durch Pflegefachperson: 97.2% Kontaktaufnahme Allgemeinmediziner. 48.4% Beratung. Teilnehmende mit Ratschläge als Intervention: <ul style="list-style-type: none"> Höhere Identifizierung von Betroffenen als depressiv (7.7% vs. 5%, p<0.01). Teilnehmende mit guter Erfahrungen bei Platzierung im psychiatrischen Bereich: Verwiesen mehr an psychiatrische Fachkräfte (43.8% vs. 30.2%, p=0.05), kleinerer Anteil von ihnen würde nichts bewirken (12.6% vs. 30.2%, p<0.01). Teilnehmende welche sich kompetent im effektiven Umgang mit Depressiven fühlen: Mehr Bereitschaft zur Überweisung (55.6% vs. 33.3%, p<0.01), Beratung wahrscheinlicher (80% vs. 40.9%, p=0.001), Aufforderung behandelnde Person zum erneuten Termin wahrscheinlicher (88.7% vs. 68.7%, p<0.01). Teilnehmende berichten über wenig Kontakt mit psychiatrischen Fachleuten 57% beteiligt an Verabreichung von antipsychotischen Depotmedikamenten, im Vergleich seltene Beteiligung an anderen psychiatrischen Interventionen <p>Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> 25% Teilnahme Kursen/Studentenagen für psychische Gesundheit seit Qualifikation Teilnehmende von Fortbildungsveranstaltungen fühlten sich kompetenter im effektiven Umgang mit Depressiven (33% vs. 12.2%, p<0.001). 83.5% zeigen Bereitschaft für zukünftigen Kursbesuch im Bereich psychischen Gesundheit, bei vorhandener Zeit und Geld, dabei häufiger jüngere Teilnehmende (91.7% vs. 75.3%, p<0.001) und Teilnehmende mit guten Erfahrung im psychiatrischen Bereich (93.3% vs. 75.5%, p<0.001). 47.5% bewerten psychisches Gesundheitstraining als Priorität, 30.1% glaubten die Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner bewerten dies als Priorität. Eher von denen, die sich kompetent im effektiven Umgang mit Depressiven fühlten (63.5% vs. 43.9%, p<0.01). Diverse Aspekte werden mit höherer Priorität als Schulung eingestuft: Psychische Gesundheit erreicht niedrigster Zentralwert bei Bewertung Priorität (41.8% als Niedrigste, 15.1 als Höchste) 85.7% Kurse in mindestens einem klinischen Bereich außerhalb psychischen Gesundheit 	<p>Signifikante Ergebnisse: Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Studie: Pflegefachpersonal in Allgemeinpraxen sehen eine beträchtliche Anzahl von Patientinnen und Patienten, die sie für depressiv halten Häufig wird das Pflegefachpersonal von den Patientinnen und Patienten mit Fragen zum Krankheitsbild Depressionen konfrontiert Pflegefachpersonal fühlt sich schlecht gebildet im Umgang mit Depressiven Zu wenig Kontakt mit psychiatrischen Fachleuten Schwierigkeit Pflegefachpersonal bezüglich Aufrechterhaltung und Erneuerung notwendiger Kenntnisse und Fähigkeiten mit dem aktuellen Grad der beruflichen Isolierung Trotzdem: Fast 50% der Teilnehmenden gaben Beratung als Intervention an Obwohl Beratung als wirkungsvoll gilt, würden viele Teilnehmende in der Primärversorgung das Angebot aufgrund fehlender Expertise und Routine nicht alleine durchführen wollen Vorsicht bei Betrachtung der 15% Teilnehmenden welche keine Intervention angaben, da sie möglicherweise wissen, dass der Betroffene in anderer Behandlung ist <p>Signifikante Ergebnisse: Wissen und Einstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergleich mit Öffentlichkeit: Keine besonders negativen Meinungsäusserungen in Bezug auf das Krankheitsbild Depression der Teilnehmenden Negativität: In Verbindung mit Qualitätsbewertungen bisheriger Ausbildungserfahrung in der Vermittlung psychiatrischer Behandlung der Teilnehmenden Trotz Konfrontation des Pflegepersonals mit Fragen über das Krankheitsbild durch Patientinnen bzw. Patienten wurden viele Fakten der Kampagnen dazu falsch eingeordnet Zukünftige Ausbildung: Schliessen von aufgezeigten Lücken, Ermittlung von positiven Erfahrungen In drei von vier DAQ Komponenten: Geringe Unterschiede zwischen den Teilnehmenden und den psychiatrischen Fachkräften und der Ärzteschaft der Primärversorgung Hoher Score in DAQ: In Bezug auf das berufliche Unbehagen, der Bestätigung der Arbeit mit Patientengruppe. <p>Signifikante Ergebnisse: Ausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> Unbefriedigende zeitlich vergangene Ausbildung 25% Teilnehmende: Besuch einer Schulung im Bereich der psychiatrischen Gesundheit seit dem Abschluss ihrer Ausbildung Verbindung: Negative Trainingserfahrungen mit grösserem beruflichem Unbehagen Verbindung: Positiver Erfahrungen während der Ausbildung mit geringerem beruflichem Unbehagen, höherer Weiterbildungsbereitschaft, höheren Einstufung Priorität Trotz hohem beruflichem Unbehagen erkannten 2/3 der Teilnehmenden die hohe Konfrontation mit Depressiven und die nützliche Rolle des Pflegefachpersonals bei deren Unterstützung Geringe Gewichtung: Trainingsbedarf psychischer Gesundheit im Vergleich zur körperlichen Erkrankungen

		<p>Einstellung Depression & Behandlung Kampagnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung: Übereinstimmung ihrer Meinung mit 12 Aussagen zum Krankheitsbild der Depression • 11 der 12 Aussagen dabei von Forschenden als negativ eingestuft • 61.8% Teilnehmenden reagierten nicht einmal negativ • Teilnehmende mit guten Erfahrungen im psychiatrischen Bereich: Tiefere Wahrscheinlichkeit Erzielung negativer Punkte (32.4% vs. 46.2%, $p<0.05$). <p>Depression Attitude Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung zur Behandlung: Hoher Score = biochemische Basis schwerer Depressionen, Antidepressiva nützlich, Psychotherapie erfolglos, folgende Gruppen erzielten niedrigere Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - Alter unter Mittelwert (45.2 vs. 47.1, $p<0.05$) • Unvermeidbarkeit Depressionen = Hoher Score: Pessimistische Haltung gegenüber Depressiven, Depressionen werden durch Entbehrung im früheren Leben hervorgerufen und sind nicht änderbar, Depressionen sind ein natürlicher Bestandteil des Alterungsprozesses, bessere Behandlung der Depressiven durch psychiatrischen Fachkräften als in der Primärversorgung, folgende Gruppen erzielten niedrigere Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - Kürzere Zeitspanne seit Ausbildung (25.5 vs 28.4, $p<0.05$) - Früherer Platzierung im psychiatrischen Bereich (25.5 vs 28.4, $p<0.05$) - Fühlen sich kompetent im effektiven Umgang (23.4 vs. 27.4, $p<0.001$) • Berufliches Unbehagen: Niedriger Score = Sichere Bewältigung von Depressionen, Arbeit wird nicht als schwerfällig bewertet, diese Arbeit lohnt sich, Psychotherapie sollte spezialisierten Fachkräften überlassen werden, folgende Gruppen erzielten niedrigere Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - Gute Erfahrungen Platzierung psychiatrischen Bereich (56.7 vs. 64.7 $p<0.001$) - Fühlen sich kompetent im effektiven Umgang (48.6 vs. 63.0, $p<0.001$) - Frühere Kursbesuche psychischer Gesundheit (55.4 vs. 62.1, $p<0.001$) - Bereitschaft zukünftiger Kursteilnahme (58.8 vs. 68.4, $p<0.001$) - Schulung psychischer Gesundheit sei eine Priorität (54.5 vs. 65.3, $p<0.001$) • Identifizierung Depressionen: Hoher Score = Schwierigkeit bei der Unterscheidung zwischen Depressionen und Unglück, Depressionen entstehen durch Unglück, wenig Hilfe von den Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner, folgende Teilnehmergruppen erzielten niedrigere Mittelwerte: <ul style="list-style-type: none"> - Fühlen sich kompetent im effektiven Umgang (32.7 vs. 40.8, $p<0.001$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang: Motivation und Qualität früherer Erfahrungen • Notwendigkeit: Entwicklung geeigneter Trainingsmassnahmen, Anreize für Teilnahme • Pflegefachpersonal bewertet Ausbildung in anderen Bereichen mit höherer Priorität • Besuch von Ausbildungen mit der Möglichkeit beruflicher Anerkennung oder Akkreditierung werden häufiger besucht • Entwicklung und Evaluierung national anerkannter Kurse ist essentiell, wenn die Ausschöpfung des Potenzials des Pflegefachpersonals bei der Identifizierung und Unterstützung von Depressiven in Primärversorgung erreicht werden möchte <p>Interpretation Forschende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unbehagen der Teilnehmenden in Bezug auf psychische Gesundheitsprobleme könnte eine nachteilige Auswirkung auf die Rücklaufquote gehabt haben • Nur Personen die sich kompetent im Umgang fühlen bestätigten Teilnahme (keine Beweise dafür) • Unterscheidung Arbeitsregelung, Zuständigkeiten und vertragliche Vereinbarungen des Pflegefachpersonals in Schottland • Teilnehmende welche Weiterbildung benötigen bemühten sich womöglich am wenigsten • Mögliche Widerspiegelung der Prioritäten der behandelnden Ärzteschaft der Allgemeinmedizin auf das dort angestellte Pflegepersonal <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücklaufquote im unteren Bereich Akzeptanz, → Trotzdem einigermassen sichere Extrapolation ermöglicht, Erfahrungswerte von Studien mit ähnlichen Fragestellungen mit unterschiedlichen Resultaten von Rücklaufquoten • Überprüfung Methodik durch Edwards (2002) • Keine vollständige Spiegelung des tatsächlichen klinischen Verhaltens durch berichtete Einstellungen und Praktiken • Keine Informationen über Unterstützung Pflegepersonal durch Ärzteschaft der Allgemeinmedizin in Bezug auf psychische Gesundheitsschulungen • Keine bekannten einheitlichen, systematischen Unterschiede zwischen des Pflegefachpersonals und den Praktiken in Schottland und dem übrigen Vereinigten Königreich, welche eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ausschliessen würden <p>Praxistransfer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonal zeigt Wissenslücken über Depressionen • Pflegefachpersonal fühlt sich nicht kompetent im angemessenen Umgang mit Depressiven • Pflegefachpersonal zeigt im Allgemeinen positive Einstellung zur Behandlung von Depressionen, jedoch eine negative Einstellung und Motivation zu weiterem Training bzw. weiterer Fortbildung • Es besteht ein Bedarf an erforderlicher Ausbildung in Bezug auf die Identifizierung und dem Management von Depressionen • Die hervorgehobenen Wissenslücken sollen wahrgenommen und durch Trainingsprogramme verbessert werden • Motivation soll vermittelt werden • Innovative Ansätze sind dafür erforderlich
--	--	--	---

Kritische Würdigung der Studie: „How ready are practice nurses to participate in the identification and management of depressed patients in primary care” (Naji, S., A., Gibb, J., Hamilton, R., J., Lawton, K., Palin, A., N., Eagles, J., M., 2004)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Logischer Aufbau der Argumentation in der Einleitung Einleitung in die Thematik mit Aussagen zur Aktualität und Epidemiologie Ergänzungen mit empirischer Literatur Forschungsziels: Aufgezeigt, komplexe Formulierung Forschungsfrage: Keine Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation erforderlich <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein relevantes Thema für die Berufspraxis ist, folgende Aspekte werden erläutert: Begründung der Aktualität der Thematik mit steigenden Zahlen der Prävalenz Thematisierung lückenhafter Ausbildung und Versorgung aus Erfahrungsberichten <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Mögliche Differenzen zwischen dem Gesundheitssystem Schottlands und dem der Schweiz Setting: Situation in Allgemeinpraxis nicht jedoch im Akutspital Thematisierung der Relevanz der Identifizierung von Betroffenen mit diversen Grunderkrankungen durch das Pflegepersonal Annahme, dass die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten kann Trotz der gewählten Limitation des Settings <p>Empirische Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte bezüglich aktuellen Situation Epidemiologische Daten zur steigenden Prävalenz, unklar in welchem Setting Es fehlen Hinweise auf bereits durchgeführte Studien mit vergleichbarem Forschungsziel Es wird lediglich eine Studie erwähnt, welche den lückenhaften Ausbildungsstand des Pflegepersonals in der Primärversorgung thematisiert, jedoch ohne exakte Angaben Begründung des Forschungsbedarfs mit nationalen Daten (Kampagnen, Dienstleistungsrahmen, Leitfaden etc.) und empirischen Daten Für genaue Angaben wird in das Referenzverzeichnis verwiesen 	<p>Verbindung Design und Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine genaue Definition oder Begründung Pro: Ausdruck umfangreicher empirisch erfasster Daten durch statische Methoden Bezug Forschung: Das Forschungsziel erscheint auf den ersten Blick einem qualitativen Ansatz zu gleichen, da die subjektiven Meinungen der Pflege erfasst werden soll. In Bezug auf die im Methodenteil aufgeführten Messverfahren erscheint die Designwahl jedoch sinnvoll Gefahren interner/externer Validität: Keine Aussagen, selbstständige Ableitung <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Probability sampling, Wahrscheinlichkeits-/Zufallsauswahl Keine Angaben Schichtungsart oder Schichtungsmerkmale Design: Erlaubt jede Art Vorgehen: Kurze Beschreibung, stratifiziertes Verfahren in Multi-Center-Studie zur Vorbeugung accidental bias, unklar wer bestimmte Partner bei Stratifizierung sind Ein/Ausschlusskriterien: Keine Angaben, negativer Einfluss auf Reliabilität, Objektivität, externe Validität Umfang: Angemessene Stichprobe, konsistente Grösse, keine Begründung Setting: Sinnvoll da breiter Umfang, Miteinbezug ganzer Nation Studiengruppen: Keine Vergleichsgruppen, Gleichbehandlung aller Teilnehmenden Rücklaufquote: Niedrig, Keine Begründung, mögliche Beeinflussung Ergebnisse Nicht-Teilnahme: Angaben und Erläuterung Gründe im Abschnitt Resultate Mögliche Verzerrungen: Verschiedene Fachexpertise und Ausbildung Pflegefachpersonen Repräsentativität Zielpopulation: Art Stichprobenziehung erhöht mögliche Generalisierung <p>Messinstrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Lediglich Miteinbezug des DAQ begründet, kein Bezug Erfahrungswerte, knappe Beschreibung Gliederung: Einteilung Abschnitte, Ziel möglichst exakter Erreichung des Forschungsziels, Einbezug offener Fragen, Einbezug zweier nationaler Kampagnen mit Zielsetzung, Einbezug Instrument DAQ Gütekriterien: Keine expliziten Angaben, Verweise ins Referenzverzeichnis bei Kampagnen und DAQ, Angaben älterer Herausgeberjahre ersichtlich Variablen: Keine zusätzlichen Limitationen: Mögliche Verzerrungen/Einflüsse im Abschnitt Diskussion <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Bezug Forschung: Fragebogen erscheint sinnvoll in Anbetracht Forschungsziel, Unterstützung durch spezifische Instrumente Ablauf: Gleiche Methoden bei allen Teilnehmenden Datensatz: Mehrfache Motivation bei potenziellen Teilnehmenden die nicht antworteten, Angaben zum kompletten Datensatz im Abschnitt Resultate Datensättigung: Keine Angaben <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Keine Begründung Ablauf: Keine exakten Angaben, knappe Beschreibung, kein klarer Vorgang ersichtlich Darstellung: Resultate in vier Tabellen Statistische Tests: Entsprechen Skalenniveau, Erwähnung Verwendung ohne expliziteren Aussagen, Ableitung aus Tabellen <ul style="list-style-type: none"> - Modalwert bei Nominalskala, - Median bei Intervallskala Signifikanzniveau: Definition statistischer Signifikanz und Konfidenzintervalle Beurteilung: Anhand aufgeführten Zahlen und Tabellen mit zusätzlichen Angaben zur Signifikanz können mögliche Ergebnisse interpretiert werden <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Fehlende Informationen im Text bezüglich Genehmigung Ethikkommission oder ethischer Standards Vorgehen: Freiwillige Teilnahme ersichtlich Berücksichtigung Vulnerabilität Informanden: Zeugt von ethischer Verantwortung im Forschungsprozess Mögliche Erklärung: Publikationsjahr 2004 keine Forderung zur Deklaration durch Journal Herausgeber 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung Teilnehmenden anhand soziodemografischer Fakten Gründe für Nicht-Teilnahme werden erläutert <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Einteilung in Abschnitte Präzise Angaben: Anzahl, Mittelwert, Standardabweichung, Zentralwert, Signifikanz, Konfidenzintervalle Signifikanzniveau wird von den aufgezeigten Ergebnissen erreicht Weitere Antworten können von den Autorinnen bzw. Autoren verlangt werden, was die Vertrauenswürdigkeit stärkt Aufbau auf den ersten Blick komplex Eigene Gliederung des Textes bringt mehr Verständnis zur Einteilung Resultatgruppen Einfache tabellarische Veranschaulichung Einige Resultate werden als weniger relevant für die Beantwortung der Fragestellung in dieser Bachelorarbeit bewertet Wichtige signifikante Resultate müssen selber herausgefiltert werden, ansonsten würde es den Rahmen des Umfangs sprengen <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wichtige Resultate wurden zur Verständlichkeit, nicht jedoch zur Ergänzung, in vier Tabellen dargestellt Resultate von drei Aussagen der Kampagnen in Bezug auf das Krankheitsbild Depression Darstellung des DA Aussagen stimmten mit dem Text überein, teilweise müssen selber noch Berechnungen vorgenommen werden berechnet werden Die Beschriftung der Tabellen ist begrenzt 	<p>Diskussion und Interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Diskussion Diverse Resultate aufgegriffen und verglichen Aussagen zur Signifikanz müssen aus den Ergebnissen abgeleitet werden Erneutes Aufzeigen der Rücklaufquote und nachvollziehbar diskutiert Aspekte bezüglich Interpretationen der Forschenden besprochen welche nachvollziehbar sind, dies hätte jedoch ausführlicher sein dürfen Nach alternativen Erklärungen wird nicht gesucht Ergebnisse werden präzise geschildert mit Einbezug der Messinstrumente Limitationen werden aufgeführt, die entweder Verzerrungen herbeiführen, vermeiden oder verhindern sollten Aufgreifen des therapeutischen Effekts des Pflegepersonals in anderen Studien und in Bezug auf die aktuelle Forschung, jedoch ohne Vergleich zu weiteren Studien Schlussfolgerung zeigt die drei wichtigsten Resultate, was eine kurze und prägnante Übersicht schafft <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel wird mit den Resultaten beantwortet Es wird den derzeitigen Bezug der Pflegefachpersonen mit depressiv Erkrankten aufgezeigt, ihre Einstellung und ihr Wissen gegenüber der Erkrankung, ihre Bereitschaft mit ihnen zu arbeiten und ihre Ansichten zur Weiterbildung <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Bezug auf die aktuelle klinische Situation Aufgreifen von den durch die Autorinnen bzw. Autoren bewerteten wichtigsten Aspekte für die zukünftige Praxis Thematisierung Aspekte zur Verbesserung der Ausbildung und somit der Expertise des Pflegefachpersonals, was einen Umschwung des ganzen Systems mit sich bringen würde Natürlich erscheint dies umsetzbar, Barrieren wie hohe Kosten, Innovation und Personalmangel könnten im Wege stehen <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> In Bezug auf die signifikanten Ergebnisse ist die Studie bestimmt sinnvoll Stärken und Schwächen müssen selbstständig interpretiert werden Es wird kein weiterer Forschungsbedarf erwähnt Die Messverfahren werden als übertragbar in ein anderes Setting bewertet

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: „How ready are practice nurses to participate in the identification and management of depressed patients in primary care” (Naji, S., A., Gibb, J., Hamilton, R., J., Lawton, K., Palin, A., N., Eagles, J., M., 2004)

Objektivität: (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Forschungsprozess: Wird beschrieben
- Standardisierungsgrad: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden
- Durchführungsobjektivität: Begünstigt durch Fragebogen mit Daten aus nationalen Kampagnen sowie Messinstrument, selbstständiges Ausfüllen
- Interpretationsobjektivität: Mögliche Beeinflussung durch die offenen Fragen

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Wiederholuntersuchungen: Keine Durchführung
- Outcome: Messung Variablen anhand Ordinalskala
- Instrument: Keine Angaben

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Messinstrumente: Keine expliziten Angaben oder Erfahrungswerte zur Bestätigung
- DAQ und Kampagnen-Daten: Verweise in das Referenzverzeichnis bei deren Überprüfung ältere Jahreszahlen ersichtlich werden

Interne Validität:

- Forschungsziel: Die deskriptive Statistik verlangt lediglich die Beschreibung einer Tatsache, nicht jedoch eine Bewertung oder Ableitung von Handlungsempfehlungen
- Selektionsbias: Keine Ein- oder Ausschlussfaktoren
- Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe, trotz niedriger Rücklaufquote wird der Umfang als angemessen bewertet
- Variablen: Fragebogen enthält Messverfahren
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren.

Externe Validität:

- Design: nicht-interventionelle Studie mit weniger Aussagekraft als randomisierte klinische Studie
- Stichprobe: Genaue Charakterisierung,
- Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe bestärkt Gewährleistung Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation
- Ein-, Ausschlusskriterien: Keine Angaben, negative Auswirkung
- Rücklaufquote: Unterem Bereich Akzeptanz, Überprüfung von Erfahrungswerte vergleichbarer Fragestellungen durch Forschende was eine einigermaßen sichere Extrapolation bestätigt, angemessene Stichprobengrösse erreicht
- Verzerrungen: Diskussion in Bezug auf die Realität, Forschende thematisieren die Einstellungen und Praktiken, welche möglicherweise nicht das tatsächlich klinische Verhalten spiegeln, keine ihnen bekannten Unterschiede des Pflegefachpersonal oder der Praktiken in Schottland und dem übrigen Vereinigten Königreich, welche eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ausschliessen würden

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide**. Es handelt sich um eine „single Studie“, das heisst eine nicht bewertete primär datenbasierte Forschungsarbeit in einem Research Paper.

Zusammenfassung der Studie: „Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare“ (Brown, E., L., Raue, P., J., Roos, B., A., Sheeran, T., Bruce, M., L., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression bei älteren Erwachsenen stellt ein erhebliches Problem in Akutkrankenhäusern, in der Primärversorgung wie auch in der Langzeitpflege für das Gesundheitssystem dar Die Erhöhung von Gesundheitskosten, Morbidität, Suizidalität und Mortalität durch unzureichende Identifizierungsquoten und Behandlungen einer Depression, trotz vieler Möglichkeiten <p>Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Umsetzung, Akzeptabilität und Vertrauensstärkung bei der Verwendung des „Trainings in the Assessment of Depression“ (TRIAD) Zur Verbesserung der Fähigkeiten des Pflegefachpersonals bei der Erkennung und Überweisung einer Depression bei medizinisch kranken, älteren Erwachsenen der häuslichen Pflege <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Erheblicher Bedarf an Depressionsforschung in der häuslichen Pflege Dies aufgrund der doppelten so hohen Prävalenz von depressiven älteren Erwachsenen, die zu Hause betreut werden im Vergleich zur Betreuung in der Primärversorgung <p>Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestehende Leitfäden zu Erkenntnissen aus der Pharmakotherapie, der Psychotherapie in der Primärversorgung Bestehendes Pflegemodellen in der Primärversorgung Bestehende Lücken in Bezug auf die Forschung von praktischen Ansätzen zur Operationalisierung der Depressionserkennung und Behandlung in der häuslichen Pflege Frühere Studie: 13.5% der neu aufgenommenen Personen in die häusliche Pflege litten an einer schweren Depression, wobei nur 12% eine angemessene Behandlung erhielten und die Depression bei vielen unentdeckt blieb Empfehlungen des U.S. Preventive Task Force: Regelmässige Untersuchung auf Depressionen bei allen Personen nach dem 60. Lebensjahr Evidenzbasierte Richtlinien: 	<p>Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Randomisierte kontrollierte Studie Um die Verbreitung dieser wirksamen Intervention zu fördern, wird die Entwicklung und Anwendung des TRIAD detailliert beschrieben und begründet <p>Ansatz</p> <ul style="list-style-type: none"> Dieser Ansatz fördert die soziale Stärkung und Unterstützung des Pflegepersonals bei der direkten Befragung von Symptomen <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflegefachpersonal arbeitend in der häuslichen Pflege Einschlusskriterien: Beide Gruppen: Minimum 20 h / Woche, Interventionsgruppe: Absolvierung Bildungsprogramm Ausschlusskriterien: Keine Angaben <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Einteilung nach Zufallsprinzip: Interventionsgruppe (N = 17), Pflegevergleichsgruppe (N = 19) <p>Entwicklung Messinstrument TRIAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit mit drei partnerschaftlichen Agenturen der häuslichen Pflege basierend auf einem evidenzbasierten Gemeinschaftspartnermodell Ansatz „Weill Cornell Homecare Research Partnership's approach“, durchgeführt mit Mitteln des „National Institute of Mental Health Interventions and Practice Research Infrastructure Program Grant“ Entwicklung Umfrage zur Bestimmung der Bereitschaft des Pflegepersonals mit 134 Voll- und Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen bei den drei Partneragenturen (Rücklaufquote 99%): Zeigte, dass die Mehrheit des Pflegefachpersonals sich des geriatrischen Problems bewusst ist aber nicht zuversichtlich ist die Symptome einer Depression zu erkennen. Bestehende Diskrepanz zwischen selbsterkannten Fähigkeiten Depressionen zu erkennen und ihrem Verständnis, dass Depression bei älteren Menschen ein medizinisches Problem ist, welches angegangen werden muss. Vorbereitungsarbeit: Forschende beschatten das Pflegefachpersonal bei der Arbeit Direkte Beobachtungen: Lieferten Informationen über die Realität bei der Depressionserkennung, identifizierten potenzielle Druckpunkte und ungenutzte Möglichkeiten zur Verbesserung der Erkennung und Vermittlung von Verdachtsfällen Pflegepersonal war bei der Beurteilung von Symptomen einer Depression in erster Linie auf ihre eigenen Beobachtungen angewiesen, wurden selten direkt nach Symptomen befragt. Ausserdem war das Pflegepersonal wie auch die Leitung der Dienststelle nicht bereit, noch mehr Dokumentationsanforderungen zu leisten oder diese durch standardisierte Beurteilungen zu ersetzen. Zweck TRIAD: Fähigkeiten des häuslichen Pflegefachpersonals nachweisen, Erkennung der Kardialsymptome der Depression, geeigneter Beurteilungen bei Verdachtsfall angepasst an die Agentur vornehmen, keine Erhöhung des Dokumentationsumfangs mit Hilfe regelmässiger Erhebung des Outcome and Assessment Information Set (OASIS) mit sich bringen Ziel TRIAD: Verbesserung der Fähigkeit des Pflegefachpersonals bei der Erkennung einer Depression und beim Treffen von geeigneten Überweisungsmassnahmen für eine weitere Behandlung im Verdachtsfall <p>OASIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Zweck: Regelmässige Erhebung, beinhaltet spezifische Depressionselemente, keine Angaben bezüglich Anleitung Erhöhte Akzeptanz der Durchführbarkeit Pflegepersonal betrachtete es als Erweiterung der Beurteilung, statt als eine zu bewältigende weitere Aufgabe OASIS-Elementen: die „Gateway“-Symptome einer schweren Depression, beschrieben im DSM-IV, somit vergleichbar mit den von „U.S. Preventive Task force“ empfohlenen „Patient Health Questionnaires“ Biete keine Screening-Fragen oder Anleitungen zur Beurteilung depressiver Symptome Ausbildung Pflegekräfte zur Anwendung spezifischer standardisierter Fragestellungen zur Erkennung von depressiven Stimmungen und vermindertem Interesse Ausbildung Pflegekräfte zur Beurteilung der klinischen Relevanz bei offensichtlicher Symptomatik durch das Stellen von Folgefragen zur Ausdauer und Durchgängigkeit Dokumentation Symptome bei Erfüllung der DSM-IV Schweregradkriterium (mindestens zwei Wochen lang vorhandene Symptome) Bestandteil des OASIS ist auch die Erfassung der Gedanken des Betroffenen Mangelndes Vertrauen des Pflegefachpersonals und Schwierigkeiten bei Fragen in Bezug auf Selbstmordgedanken, dies führte zur Entwicklung von spezifischen Fragen zur Bewertung des Selbstmordrisikos im TRIAD <p>Intervention</p> <p>TRIAD Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> Zeiddauer 4.5h, zwei Sitzungen im Abstand von einem Monat was dem Pflegefachpersonal die Möglichkeit gibt, Fragen zum Erlernen in der ersten Sitzung vorzubereiten, zeigt sich effektiv beim Angebot einer Weiterbildung Umfasste die Verfahren der Agenturen zur Unterstützung der Depressionserkennung und der Überweisungsverfahren Entwicklung für das Pflegefachpersonal, den psychologischen Dienst, Mitarbeiter des Sozialdienstes und die Ärzteschaft Bestimmte Barrieren bei der Anerkennung und Überweisung vorhanden Zwei Auszubildende des TRIAD-Trainingsversuch: Teil der Entwicklung und Pilotierung der Intervention <p>TRIAD Komponenten</p> <ul style="list-style-type: none"> Unterrichtsstrategien mit erwiesenem Effekt, Edukation, Beobachtung Verhaltensänderung, aktives Lernen, Nachdenken Angebot realistischer Patientenbegegnungen: Darstellung Patientenbefragungen (Pflegepersonal–Patient-Interaktion), Symptome von Depression und Selbstmordgedanken in ethnisch unterschiedlichen Arten durch Patientenschauspielende, 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe: 15 von 17 Pflegefachpersonen haben vor Beginn der Studie bis ein Jahr nach Studienabschluss teilgenommen Kontrollgruppe: 14 von 19 Pflegefachpersonen haben vor Beginn der Studie bis ein Jahr nach Studienabschluss teilgenommen Geschlecht: weiblich 100 % Qualifikation: Registrierte Pflegefachpersonen 100% Alter: Durchschnitt 40 Jahre Keine statistisch signifikanten Unterschiede: Demographie, Pflegeerfahrung, Ausbildung zwischen beiden Gruppen Interventionsgruppe: Absolvierung zweistufiges Bildungsprogramm 100% <p>Signifikante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Studienbeginn/Baseline: Beide Gruppen zeigten eine vergleichbare Sicherheit bei der Beurteilung einer depressiven Verstimmung → Im Durchschnitt erzielte die Kontrollgruppe 2,6 ± 0,8 und die Interventionsgruppe 2,6 ± 0,7 Punkte (1= sehr unsicher bis 4= sehr sicher) Ein Jahr später: Interventionsgruppe zeigte einen statistischen signifikanten Anstieg des eigenen Vertrauens bei der Erkennung einer Depression (3.3 ± 0.6; degrees of freedom (df)= 14, t= 4.18, P<0.001). Die Kontrollgruppe zeigte keine Veränderungen diesbezüglich (2.8 ± 0.6; df = 13, t= 1.00, P=0.34) Studienbeginn/Baseline: Beide Gruppen zeigten eine vergleichbare Zuverlässigkeit bei der Beurteilung von den Symptomen vermindertes Interesse oder verminderte Freude an Aktivitäten → Im Durchschnitt erzielte die Kontrollgruppe 2.6 ± 0.8 und die Interventionsgruppe 2.7 ± 0.7 Punkte (df=27, t=0.75, P=0.46) Ein Jahr später: Interventionsgruppe zeigte einen statistischen signifikanten Anstieg der eigenen Zuverlässigkeit bei der Beurteilung der Symptome vermindertes Interesse oder verminderte Freude an Aktivitäten (3.1 ± 0.8; df=14, t=2.17, P=0.048). Die Kontrollgruppe zeigte keine Veränderungen diesbezüglich (2.7 ± 0.5; df= 13, t= 0.37, P=0.72) 9 von 15 Teilnehmenden der Interventionsgruppe im Vergleich zu 4 von 14 Teilnehmenden der Kontrollgruppe berichteten über eine Verbesserung ihres Vertrauens bei der Beurteilung von depressiver Stimmung ein Jahr nach dem Studienbeginn (Fisher exact test P=0.07) 8 von 15 Teilnehmenden der Interventionsgruppe im Vergleich zu 2 von 14 Teilnehmenden der Kontrollgruppe 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergleichbar mit einer anderen RCT Studie: 4.5-stündige, intensive, kompetenzbildende Intervention zur Beurteilung und Erkennung von Symptomen einer Depression für das Pflegefachpersonal der häuslichen Pflege entwickelt und umgesetzt Es wurde festgestellt, dass diese Intervention die Erkennung von Depression bei geriatrischen Pflegebedürftigen verbessert und somit zu besseren Patientenergebnissen führen kann Die Studie beschreibt alle wichtigen Komponenten der Intervention und wie diese in dieser randomisierten kontrollierten Studie durchgeführt wurden <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Teilnehmende bewerteten das TRIAD als akzeptabel Teilnehmende wurden innerhalb dieses Jahres in ihrem Vertrauen gestärkt, ein Depressions-Screening durchzuführen Schulung des Pflegefachpersonals die Depressionsabschnitte des OASIS auf klinisch sinnvolle Weise zu nutzen Bedenken der Teilnehmenden und Administratoren über die steigenden Anforderungen in ihrem Job durch die Identifizierung der psychischen Krankheit, weshalb bestimmte Aspekte die nicht mit dem OASIS übereinstimmten ausgelassen wurden <p>Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Das vom Medicare überarbeitete OASIS (OASIS-C) welches im Jahr 2010 in der Praxis umgesetzt werden sollte, optimierte viele Bewertungen erweiterte den Abschnitt über Depressionen Während die Agenturen beginnen, die OASIS-C zu verwenden, werden Bewertungsstrukturen und eine spezifische Sprache in das Training integriert Trotz standardisierter Formulierung kann das Pflegefachpersonal weiterhin vom TRIAD profitieren Es wurden mehrere Schritte zur Verbreitung des TRIAD unternommen: Entwicklung eines detaillierten Leitfadens, Durchführung von Sitzungen, Entwicklung von E-Learnings, welches ein Hilffsystem und Kerninhalte des Bildungsprogramms enthält und als Ergänzung zur Lernaktivität und zur Verstärkung bzw. Wiederholung der Schulung genutzt werden kann

<p>Erfordern die Leitung der Untersuchung durch das Pflegepersonal, begründet durch dessen häufige Kontaktaufnahme mit Pflegebedürftigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare-zertifizierten Agenturen: Regelmässige Beauftragung des Pflegefachpersonals zur Patientenbewertungen, einschliesslich einer Beurteilung von Depressionssymptomen • Pflegefachpersonen der häuslichen Pflege äussern unzureichend geschult zu sein und Bedenken in Bezug auf die Befragung von Pflegebedürftigen zu haben, aus Angst in deren Privatsphäre einzudringen, Notlagen auszulösen. Weiter macht ihnen der Aufwand der zusätzlichen Bürokratie zu schaffen • Sie scheitern somit oft bei der Identifizierung einer Depression • Zusätzlich kann das Fehlen einer unterstützenden Infrastruktur der Behörden, die Erkennung einer Depression negativ beeinträchtigen • Frühere Studie: Bewertete TRIAD als erfolgreiche Intervention, welche eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei der Erkennung einer Depression und damit verbundenen Überweisungen mit besseren klinischen Ergebnissen mit sich bringt 	<p>Befragung und Beurteilung medizinischer Erkrankungen, Behinderung, Schmerz, Angst, Sorgen. Entwicklung durch grundlegende Erfahrungen einer epidemiologischen Studie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übungen bezüglich Beobachtung und Beurteilung von Depressionen, Feedback durch Instruierende <p>Erster Schulungstag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahr-Falsch-Test: Klassendiskussion konzentriert auf Mythen über das Altern und die Depressionen, Bildung über Stigmatisierung, Depressionserkennung, Überprüfung Antworten und Begründung • Vortrag: Beschreibung einer schweren Depression gilt als wichtige Grundlage, Motivation für die Beurteilung einer Depression • Depressionsbewertung, Selbstmordrisikobewertung, Patientenbefragung > Videoband Interaktion Pflege und pflegebedürftige Person, Rollenspielübungen, Depressionshilfsmittel, Versuchsaufgabe • Nutzen des klinischen Urteilvermögens durch Auswertung von Verhaltenszeichen und Patientenberichten über das Vorhandensein und die Persistenz von depressiven Symptomen, Erkennung von trotzdem Verhaltensanzeichen • Sensibles Suchen, Übungen zum nonverbalen Verhalten • Stellen von Folgefragen zur Dauer und Persistenz der Symptome, Nachweis klinischen Relevanz zur Erreichung eines pragmatischen Gleichgewichts zwischen der Sensitivität und Spezifität. • Notwendigkeit einer direkten, fokussierten Untersuchung von Depressionssymptomen • Patientengerechte Anpassung standardisierter klinischer Fragen für diverse Bevölkerungsgruppen da Bedenken im Umgang mit kulturell unterschiedlichen Patientinnen bzw. Patienten • Abschluss: Ermutigung Pflegepersonal zur Anwendung des Erlernten bis zur zweiten Sitzung, zur Verfügung gestelltes Depressionshilfsmittel mit wichtigen Komponenten für einen Praxistransfer <p>Zweiter Schulungstag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beginn: Nachbesprechung des Erlernten und der Erfahrungen bei der Durchführung des Depressions-Screenings • Pflegepersonal begründeten ihre Unsicherheit in Bezug auf die Anwendung • Der eigene Stellenwert als nicht psychiatrische Pflegefachkraft und die somit verbundene Unfähigkeit bei der Anwendung • Die Möglichkeit den Betroffenen und seine Angehörigen zu verärgern, deshalb mehr Beobachtungen wie Befragungen • Stärkung und Unterstützung des Pflegepersonals durch Erfassung von guten Erfahrungen • Einschätzung des Programminhaltes entsprechend den Programmziele, Praxistransfer der Informationen • Erinnerung E-Mails 4-8 Monate nach der Sitzung: Bedeutung Identifikation, Wert der adäquaten Depressionshandlung <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung Teilnehmende der TRIAD-Studie durch Kleingruppentreffen in den drei Partneragenturen • Schriftliche Einverständniserklärung • Einteilung nach Zufallsprinzip: Interventionsgruppe (N = 17), Pflegevergleichsgruppe (N = 19) • Patientenpopulation: Medizinisch kranke ältere Erwachsene, repräsentativ für die nationale häusliche Pflegeintervention • Befragung: Vor (Baseline) und 1 Jahr nach der Intervention • Dateninhalt: Demographische Daten, Bewertung des wahrgenommenen Vertrauens in Bezug auf die Beurteilung einer Depression, Ermittlung Akzeptanz der Intervention nach deren Durchführung • Entwicklung Befragungsobjekte und Test auf Verständlichkeit in Zusammenarbeit mit den Partneragenturen • 1. Einschätzung Selbstvertrauen bezüglich Beurteilung der depressiven Stimmung, dem Nachfragen nach vermindertem Interesse oder Freude an Aktivitäten. > 4 Punkte Skala: Sehr unsicher -sicher • 2. Beantwortung folgender Fragen durch Interventionsgruppe <ul style="list-style-type: none"> - Wurden Ihrer Meinung nach die Programmziele erreicht? (Verbesserung ihrer Fähigkeit bei der Erkennung von Kardialsymptomen und zur geeigneten Überweisung bei einer vermuteten Depression) > ja/nein - Können die präsentierten Informationen in der Praxis angewendet werden? > ja/etwas/nein • 3. Beantwortung folgender Fragen: <ul style="list-style-type: none"> - Wie sicher fühlen Sie sich bei der Beurteilung der depressiven Stimmung (OASIS) bei älteren Erwachsenen? - Wie sicher fühlen Sie sich bei der Einschätzung des verminderten Interesses oder der Freude an Aktivitäten bei älteren Erwachsenen? <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des unterschiedlichen Pflegeverhaltens Interventionsgruppe und Kontrollgruppe: <ul style="list-style-type: none"> > t-Test für zwei Stichproben: Mittelwertbestimmung für kontinuierliche Variablen > Chi-Quadrant-Test oder ein Fisher-Test: Mittelwertbestimmung kategorischer Variablen • Überprüfung Unterschiede zu Beginn und nach der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> - Paarweise t-Test: Bestimmung statistischen Signifikanz • Die Analysen wurden mit SAS, Version 9.1 durchgeführt. <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben 	<p>berichteten über die eigene Verbesserung bei der Beurteilung von vermindertem Interesse oder vermindeter Freude an Aktivitäten (Fisher exact test $P=0.07$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwei von 14 Teilnehmenden der Kontrollgruppe berichteten über eine Verbesserung bei der Beurteilung von vermindertem Interesse oder verminderter Freude an Aktivitäten (Fisher exact test $P=0.03$). • Alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe berichteten, dass beide Hauptziele erreicht wurden und alle glaubten, dass der Inhalt mit den Kurszielen übereinstimmte • Alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe, ausser einer Person, bewertete die präsentierten Informationen als umsetzbar in der Praxis • Seit Abschluss der Studie wird das TRIAD zur Ausbildung von Pflegefachpersonen, Mitarbeitenden des Sozialdienstes, der Physiotherapie, der Logopädie und der Ergotherapie eingesetzt • Das TRIAD-Programm wurde an 17 häuslichen Pflegeagenturen in neun Bundesstaaten mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen verteilt • Das TRIAD-Programm wird in die Pflegeweiterbildung integriert und ist von einer geriatrischen Pflegezeitschrift positiv bewertet worden 	<ul style="list-style-type: none"> • Das E-learning wurde nicht als eigenständige Intervention evaluiert, weshalb persönliches Training damit empfohlen wird <p>Praxistransfer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Umsetzung des TRIAD muss einiges berücksichtigt werden • In erster Linie basiert der Inhalt dieses Programms auf den Voraussetzungen der eigenen Institutionen, also inwiefern sie ihre Verfahren bezüglich Depressionsdienstleistungen anpassen und Überweisungsverfahren unterstützen würden • Erforderlichkeit einer instruierenden Person, welche über geriatrische Depressionen Bescheid weiss, zur Umsetzung des TRIAD • TRIAD ist ein Programm, welches in erster Linie dazu dient, Depression zu erkennen und Fähigkeiten aufzubauen. Dies erfordert wiederum die Verfügbarkeit einer mitarbeitenden Person mit Ausbildung oder Erfahrung in Bezug auf psychische Probleme oder eine Expertin bzw. Ein Experte zur Bewertung von Verdachtsfällen einer Depression nach positiven Screenings <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das kurze Bildungsprogramm könnte eine Verbesserung bei der Überweisung von Verdachtsfällen einer geriatrischen Depression in der häuslichen Pflege erreichen • Dies könnte dem Pflegefachpersonal eine Verbesserung ihrer Fähigkeit und ein erhöhtes Selbstvertrauen vermitteln in Bezug auf die zukünftige Depressionsbetreuung • Dies mit Unterstützung der Agentur welches die Routineversorgung integriert • Das Bildungsprogramm bietet eine Plattform für die Planung zukünftiger Programme, die sich auf die Behandlung von Depressionen in der häuslichen Pflege konzentrieren
---	---	---	---

Kritische Würdigung der Studie: „Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare“ (Brown, E., L., Raue, P., J., Roos, B., A., Sheeran, T., Bruce, M., L., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Logischer Aufbau der Argumentation in der Einleitung Begründung der Aktualität der Thematik mit empirischer Literatur <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Verständliche Formulierung Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation erforderlich <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein für die Berufspraxis relevantes Thema ist, da folgende Aspekte erläutert werden: Aktualität der Thematik Forschungsbestand der Schulungsprogramme Beantwortung Fragestellung Setting: Häusliche Pflege Population: Ältere Erwachsene Das Schulungsprogramm könnte jedoch auch mit dem Pflegefachpersonal im Akutspital durchgeführt werden und sich auf Depressionen bei Erwachsenen beziehen Somit kann die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitation des Settings und der Population <p>Empirische Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte bezüglich der aktuellen Situation aufgezeigt Epidemiologische Zahlen werden aus früheren Studien herausgefiltert Angaben zur exakten Prävalenz im aktuellen Setting fehlen Es wird ein Bezug auf bereits durchgeführte Studien und vorhandene Leitlinien genommen 	<p>Verbindung Design und Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine Begründung RCT: Gewährleistung hoher Validität Pro: Gutes Studiendesign, Einbezug Vergleichsgruppen, hohe Wahrscheinlichkeit einer Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen, beobachtbare Unterschiede in den Ereignisraten, auf die Intervention zurückführbar sofern keine weiteren Verzerrungen, statistische Signifikanz klar interpretierbar <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe erhöht die Möglichkeit der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen Kurze Beschreibung der Stichprobe Keine Angaben zur Rücklaufquote Drop-Outs: Interventionsgruppe 2, Kontrollgruppe 5 Nicht Teilnehmende: Keine Begründung Ablehnung an der Studienteilnahme Einschlusskriterien: Vorhanden und nachvollziehbar Ausschlusskriterien: Vernachlässigung schwächt externe Validität Zeitspanne: mind. 1 Jahr wird als angemessen bewertet Umfang: Angemessen Setting: Rekrutierung Stichproben aus drei Institutionen, begrenztes Setting Studiengruppe: Interventionsgruppe und Kontrollgruppe <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Entwicklung wird mit Literaturangaben unterstützt Angaben zum Zeitpunkt der Erhebung Unabhängige Variablen: Interventionsgruppe, Kontrollgruppe, t1, t2 Abhängige Variablen: Outcome Einschätzung Selbstvertrauen/Vermindertes Interesse/Freude an Aktivität auf 4 Punkte Skala = Ordinalskala, Zwei geschlossene Fragen = Nominalskala Zusätzliche Variablen: Alter, Geschlecht, Ethnische Zugehörigkeit, Höchster Bildungsgrad <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Beschreibung Schulung sowie Intervention Ablauf: Gleiche Methoden innerhalb der Gruppen für alle Teilnehmenden OASIS: wird in der Studie miteinbezogen. Nicht ersichtlich ob dies auch zur Intervention gehört oder nicht. TRIAD: sehr ausführlich beschrieben → Reproduzierbarkeit hoch. <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Medianwert wäre sinnvoller statt Mittelwert Test zwischen den zwei Stichproben: Wilcoxon-test wäre besser geeignet als t-test aufgrund Skalenniveau Test innerhalb Interventionsgruppe: Mann-Whitney-test wäre besser geeignet als t-test aufgrund Skalenniveau Chi-quadrant? Fisher Test ($P=.03$)? Signifikanzniveau: Annahme 0.05 <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben Ethikkommission Einverständniserklärung aller Teilnehmenden lässt freiwillige Teilnahme vermuten 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe Drop-Outs werden angegeben jedoch ohne Begründung <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Verständlich und präzise erläutert Angaben zum Signifikanzniveau <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die zwei Schulungstage wie auch demographische Daten der Teilnehmenden werden tabellarisch aufgezeigt Letztere scheint keinen Bezug zu den Resultaten zu haben, dient somit mehr zur Verständlichkeit Korrekte Beschriftung 	<p>Diskussion und Interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> Wichtige Erkenntnisse werden nochmals geäußert und begründet Der Aufbau ist übersichtlich und nachvollziehbar Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen der Studie überein und wird von den Forschenden explizit erwähnt Kurzer Vergleich der Resultate mit anderen Studien Umsetzbarkeit der Intervention in die Praxis wird ausführlich beschrieben mit Hinweis auf die wichtigsten Komponenten Die Hypothese kann durch die Ergebnisse bestätigt werden Studie erscheint sinnvoll, da sie die Notwendigkeit und den Effekt dieser Intervention klar darstellt <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Es werden wichtige Aspekte zur Umsetzbarkeit in die Praxis aufgezeigt Die Intervention wird als übertragbar in ein anderes Setting bewertet

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: „Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare“ (Brown, E., L., Raue, P., J., Roos, B., A., Sheeran, T., Bruce, M., L., 2010)

Objektivität (Unabhängigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Forschungsprozess: Explizite Beschreibung
- Standardisierungsgrad: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden
- Durchführungsobjektivität: Erhebung Outcome Variablen anhand eines Messinstruments und geschlossener Fragen
- Interpretationsobjektivität: Mögliche Tangierung bei der Erhebung der zwei Fragen durch die interviewende Person

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- TRIAD: Empirischen Daten bestätigen die Reliabilität
- Beschriebene Entwicklung, Umfrage mit Pilotteilnehmenden zur Bestimmung Bereitschaft, Entwicklung Dokumentationssystem
- Diverse vorgängige Studien mit dem TRIAD-Programm durchgeführt
- Wiederholungsuntersuchung: Keine Durchführung
- Outcome: Messung Variablen anhand Intervallskala

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Messinstrumente: Begründung der Auswahl anhand von Erfahrungswerten früherer Studien, explizites Beschreiben der Entwicklung
- Intervention: Beschreibung und Begründung des Ablaufs der beiden Schulungstage inklusiv Evaluierung
- Ziel: Dient lediglich zur Verbessern einer möglichen Depression zu erkennen und weitere Massnahmen zu greifen

Interne Validität

- Forschungsziel: Schwerpunkt auf die Implikation eines Messinstruments nach Schulung und anschliessender Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
- Selektionsbias: Verhindert durch RCT, laut Forschenden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichprobengruppen
- Einschlusskriterien: Nachvollziehbar
- Stichprobenziehung: Unklarheiten woher die Teilnehmende der Schulung stammen, Zufallsprinzip in Interventions- und Kontrollgruppe
- Variablen: Einschätzung Selbstvertrauen auf einer Skala, keine Bestätigung deren Validität,
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren nicht durchgängig

Externe Validität

- Stichprobe: Genaue Charakterisierung, Berücksichtigung von Einschlusskriterien, keine Ausschlusskriterien
- Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe was zur Gewährleistung der Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation beiträgt
- Methodik: Passt zum Forschungsziel da es die Implikation eines Messinstruments beinhaltet
- Verzerrungen: Keine Diskussion in Bezug auf die Realität, Drop Outs werden erwähnt jedoch ohne Begründung

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide.**

Zusammenfassung der Studie: „Evaluation of nurses’ perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting” (Ski, C. F., Munian, S., Rollex, J. X., Thompson, D. R., 2014)”

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Hohe Prävalenz von Depressionen bei Patientinnen und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK), die oft unentdeckt bleibt <p>Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluierung der Wahrnehmung des Pflegefachpersonals der Kardiologie in Bezug auf ein Ausbildungsprogramm, ein Depressions-Screening und ein Überweisungsinstrument. Dies zur Erhöhung der Identifizierungsquote anhand genauer Screening-Instrumente Es werden hohe Erwartungen an diese Instrumente interpretiert <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungsberichte: Zusammenhang zwischen Depression und der KHK Prävalenz Depressionen bei Herzerkrankten: 15-20 % schwere, 30-50 % leichte bis mittelschwere Symptome Depression fester unabhängiger Risikofaktor für Morbidität und Mortalität bei KHK sowie erhöhter Risikofaktor nachfolgender kardialer Ereignisse bewertet Zusammen wichtigste Ursache für Mortalität und Behinderung bis 2020 Wahrnehmungen Pflegefachpersonals, die Depressionen als normalen Leidensabschnitt nach einem kardialen Ereignis einstufen Zusätzlich auftretende somatische Symptome unklarer Ätiologie können die Wahrscheinlichkeit einer Unter- oder Fehldiagnose von Depressionen erhöhen <p>Begründung Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Unterschätzung und Unterbehandlung komorbider Depression und KHK und somit Erhöhung relativen Sterberisikos Komplexität: Identifizierung von überlappenden Symptomen und intensiven Umgebung der Kardiologie (Stress, gefordert, kurze Aufenthalte) Mangel an evidenzbasierten Systemen zur Erleichterung des Prozesses verhindert Durchführungen empfohlener Leitlinien eines Routine-Screenings in der Praxis Lücken in Wissen und Ausbildung des Pflegefachpersonals bezüglich psychischer Gesundheit Wichtigkeit Wissensausstattung Pflegefachpersonal bezüglich frühzeitiger Erkennung und Vermittlung depressiver Symptome sowie deren Bewältigung Erfordert gezielte Ausbildung mit validierten Screening-Instrumenten zur routinemässigen Beurteilung und Überweisung depressiver Symptome Potential der Genesungsverbesserung einer KHK und Vertrauen des Pflegefachpersonals erhöhen könnte Die Behandlung sollte spezialisierte klinische Teams miteinbeziehen Es gilt als relevant, dass Kliniker die Häufigkeit der Depression nach einem kardialen Ereignis erkennen sollten 	<p>Ansatz/Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualitativer Ansatz Evaluationsforschung <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflegefachpersonen der Kardiologie Zwei Herzzentren eines grossen städtischen Krankenhauses in Melbourne Einschlusskriterien: 6-wöchiges Ausbildungsprogramm über Depression und KHK <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Zielgerichtete Stichprobenziehung N = 14 Pflegefachpersonen der Kardiologie Keine neue Rekrutierung Teilnehmenden während der Datenerhebung <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausbildungsprogramm <ul style="list-style-type: none"> - Ziel: Wissensverbesserung, Interaktion, Feedback, Gruppendiskussionen, - Anzeichen/Symptome Depression, - Definition/Differenzierung Depressionstypen nach DSM-IV (American Psychiatric Association (2000): - Beziehungen zwischen Depression und KHK, - Beispiele guter Praxis für Überweisung und Behandlung Implementierung: Screening-Instrument und Überweisungsinstrument für Depressionen - Entwicklung und Evaluierung in vorgängiger Studie (Worrall-Carter et al. 2012) - Überprüfung Literatur und Best-Practice Richtlinien - Fünf-Punkte-Depressionsskala Short form zur Untersuchung, - Empfehlung für Überweisung basierend auf Risikoniveau „kein Risiko, moderate Depression, schwere Depression“ Unterstützung durch Mitglieder Hospital Education Unit: Multidisziplinäres Team von Gesundheitsexperten, tätig in Gesundheitserziehung/forschung, Umsetzung Forschungsergebnisse zur Verbesserung Versorgungsstandards gesamten Krankenhaus <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Mündliche Erklärung Studie durch Forschende, Teilnehmerinformation, Einverständniserklärung, Einladung zur Studienteilnahme Durchführung Intervention Ausbildungsprogramm Implementierung Screening-Instrument und Überweisungsinstrument auf Kardiologie über 6 Wochen, im Rahmen Donabedian's "Structure-Process-Outcome" (Donabedian 1966). - Anpassung an Studie: Struktur Kardiologie, Prozess als Lehrmethode, Ergebnisse als Wissen und Fähigkeiten erworben durch Kardiologiepflegepersonal Bewertung Ergebnisse nach Abschluss Bildungsprogramms (LoBiondo-Wood & Haber 1998) Fokussierte halbstrukturierte Interviews: <ul style="list-style-type: none"> - Ziel: Beschreibung Fähigkeiten und Kenntnisse Teilnehmenden über Phänomen, - Sieben Fragen, - Aufgezeichnete Antworten, - Zeitdauer bis keine neuen Themen hervor Datensättigung: Leitmotiv zur Bestimmung Endzeitpunkt Interview <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Parallele Datenanalyse während Interview: <ul style="list-style-type: none"> - Präzision und Verdeutlichung Aussagen, - Validitätsprüfung durch Wiederholungen und Klärung Antworten, - Zeitdauer bis keine neuen Themen hervor Implementation thematischer Datenanalyse Pragmatische Datenanalyse nach Halcomb und Davidsons (2006) zur Untersuchung der Interviewdaten: <ul style="list-style-type: none"> - Erfassung Wissens und Erfahrung Pflegefachpersonals der Kardiologie in Bezug auf Depressionsbewertung und Überweisung, 6 stufiger Ansatz, Darstellung in Tabelle - 1 Phase: Aufnahme Antworten mit Notizen, Detaillierte Untersuchung Antworten Interviewteilnehmer - 2 Phase: Reflektierendes Journaling zur Überprüfung Notizen nach jedem Interview, Ergänzung Informationen zur Unterstützung Interpretation - 3 Phase: Abhören Tonband zur Sicherstellung Notizen - 4 Phase: Überarbeitung Transkripte, Kategorisierung gemeinsame Antworten zu Themen - 5 Phase: Sekundäre Validierung durch Mitarbeitenden - 6 Phase: Verknüpfung Daten mit Ergebnissen aus dazugehörigen Literatur <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Ethikbewilligung von Ethikkommissionen des Dienstes und der Universität Einwilligungsverständnis aller Teilnehmenden an der Studie 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> 14 Pflegefachpersonen Kardiologie Alter: 24-45 Jahre Weiblich: 12 Geburt in Australien: 10 Verschieden Anstellungsbereiche: 4 Erfahrungsjahre registrierter Pflegefachpersonen: 2-21 Erfahrungsjahre: 0-18 Gründe Nicht-Teilnahme: Arbeitsbelastung, Zeitdruck <p>Ergebnisse qualitativen Analyse</p> <p>Identifizierung Schlüsselthemen</p> <p>1. Verbesserte Kenntnisse der Teilnehmenden über komorbide Depressionen und KHK:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aussagen liefern klare Beweise für Verständnis der Symptomatik laut DSM-IV: Verbindung Hilfslosigkeit, Frustration, Angst, Tod Wahrnehmung, Verständnis und Identifizierung psychischer Erkrankung Schwierigkeit der Identifizierung infolge potenzieller Idiopathie Korrespondierende Aussagen mit spezifischen Symptomen des Bildungsprogramms: Soziale Isolation, Entzug, Darstellung Willen <p>2. Verbesserte Selbstwirksamkeit bei Identifizierung von Depressionen auf der Kardiologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstvertrauensbildung Teilnehmende bewerten Bildungsprogramm als wirksam bezüglich Wirkung auf ihre Fähigkeiten zur Erkennung von Anzeichen/Symptomen Erkennung Essenz der Kommunikation Einsetzen Depressions-Screening und Überweisungsinstrument als Verbesserung praktischer und verbaler Fähigkeiten: Beruhigende Wirkung Einbeziehung psychologischer Betreuung nach kardialen Ereignis <p>3. Implikation Ausbildung in klinischer Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Einfache, verständliche Anwendung Klinischer Nutzen der Tools Verbesserte Überweisungsverfahren Risikopatienten Unterscheidung somatischer und psychischer Beschwerden Erhöhtes Interesse für mehr Wissen Eingliederung psychologische Betreuung nach kardialen Ereignis 	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluation Bildungsprogramm: Erforschung der Erfahrung und Wahrnehmung Teilnehmenden und Implementierung beiden Instrumente auf der Kardiologie <p>Signifikante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Unabhängig ihrer Merkmale haben alle Teilnehmenden die wichtigsten Anzeichen/Symptome von Depression erkannt Anwendung des Screenings- und Überweisungsinstrumenten unterstützend bei Identifizierung der symptomatischen Depression und der Überweisung von Risikopatientinnen bzw. -patienten <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstwirksamkeit durch Erkenntnisse Bildungsprogramm Früherkennungs-, Überweisungsinstrument: Anhaltspunkt für Diskussion (Ärztenschaft, psychiatrische Fachpersonen) Bereicherung therapeutische Beziehung zwischen Pflege und Pflegebedürftigen durch Suche nach Informationen, Erkenntnissen im klinischen Umfeld Instrument zur Leitung Pflegepersonal mit eingeschränkter oder informaler Ausbildung in Bereich der psychiatrischen Versorgung Mehrheit Teilnehmende befürworteten Instrumente da sie eine Verbesserung ihrer Fähigkeiten bezüglich Identifizierung, Dokumentation und dem Überweisungsverfahren beobachteten Gilt als potentielle Massnahmen zur Verringerung Patientenbelastung und schlechter Lebensqualität Thematisierung die Essenz der Dokumentation und Fortsetzung einer geeigneten Behandlung <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Einschränkung Befunde infolge geringem Stichprobenumfang Trotzdem wurde Datensättigung erreicht Keine Notwendigkeit Ausarbeitung neuer Themen aus Datenquelle während Datenanalyse Geeignete Stichprobe da Teilnehmende Bildungsprogramm Stichprobe spiegelt nicht gesamte Pflegepopulation Kardiologie infolge bestimmter Anzahl Ablehnungen an der Teilnahme aufgrund Arbeitsbelastung und Zeitdruck <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementierung von Schulung über Depression in Verbindung mit Instrumenten entstand aus Notwendigkeit zur Verbesserung Identifizierung und Förderung frühzeitiger Interventionen Relevanz Wissensvorsprungs und Verfügbarkeit entsprechender Instrumente Ergebnisse zeigen Potenzial des Screening-Instrumentes zur erleichterten Identifizierung der Anzeichen/Symptome Teilnehmende waren besser in der Lage, Depressionen zu erkennen und anhand des konzipierten Screening-Instrumentes, selbstbewusst ein Überweisungsverfahren einzuleiten Empfehlung Einbezug des Krankheitsbildes Depression als Kernkompetenz im Pflegelehrplan während der Ausbildung von Pflegefachpersonen der Kardiologie <p>Praxistransfer</p> <ul style="list-style-type: none"> Komplexität Betreuung von Herzerkrankten mit Depressionen Problematisierung Fehldiagnosen Schwerpunkt Ausbildung und Aufklärung von Pflegefachpersonen Einführung geeigneter Instrumente für Einsatz auf der Kardiologie zur Erleichterung der Früherkennung von Anzeichen/Symptome <p>Vergleich Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Ergebnisse bestätigen Konsenserklärung nationalen Herzstiftung Australiens: Integration einfaches Screening-Instrument mit minimaler Inferenz in üblichen klinischen Praxis Stützung auf weiteren literarischen Angaben Frühere Studien: Scheitern Einsatz der Instrumente <p>Zukünftiger Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben

Kritische Würdigung der Studie: „Evaluation of nurses’ perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting” (Ski, C. F., Munian, S., Rollex, J. X., Thompson, D. R., 2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Logischer Argumentationsaufbau in der Einleitung Wiederholte Erläuterung empirischer Daten <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Klare Definition, leichte Unterscheidung zwischen Definition im Abstract Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation erforderlich <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein für die Berufspraxis relevantes Thema ist, da folgende Aspekte thematisiert werden: Die Aktualität des Phänomens wird in der Einleitung klar erläutert Es wird auf empirische Daten zurückgegriffen <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Phänomen: Situation von Patientinnen bzw. Patienten nach einem kardialen Ereignis beschrieben Da die Leitung des Bildungsprogramms durch Gesundheitsexperten erfolgt, die Identifizierung einer Depression vordergründig ist und die Ätiologie meist unklar, kann die Studie trotzdem einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitation des Phänomens <p>Empirische Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Hintergrundinformationen bezüglich der aktuellen Situation aufgezeigt Angaben zur Prävalenz im aktuellen Setting Mehrere Aussagen sind mit empirischen Daten zu bereits durchgeführten Forschungen belegt Es fehlen präzise Hinweise auf bereits durchgeführte Studien welche ähnliche Forschungsziele verfolgten Die Erfahrungswerte deuten auf die Essenz der Identifizierung und nachfolgenden Behandlung hin Der Forschungsbedarf wird mit empirischen Daten begründet, welche im Referenzverzeichnis aufgeführt sind 	<p>Verbindung Design und Forschungsfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine genaue Definition oder Begründung Zweck Qualitativer Ansatz: Erlangen von detaillierte, subjektive, individuelle Erkenntnisse über eine Handlung durch Verbalisierung von Erfahrungen Bezug Forschung: Erhebung der subjektiven Wahrnehmung <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Sinnvoll da Teilnehmende des Ausbildungsprogramms und im Setting tätige, Erfassung Erfahrungen Vorgehen: Keine Beschreibung, keine Begründung Einschlusskriterien: Eine Angabe mit Begründung, möglicherweise Verminderung einer Datenverzerrung infolge Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrungen bzw. Expertisen Grösse: Eher gering, trotzdem erreichte Datensättigung, Thematisierung in der Diskussion Setting: Ausweitung auf weitere Kliniken wäre aussagekräftiger Studiengruppe: Keine Vergleichsgruppe, Gleichbehandlung aller Teilnehmenden Nicht-Teilnahme: Begründung Mögliche Verzerrungen: Unterschiedlich lange Arbeitserfahrung Teilnehmenden, indirekt somit wenig lange Erfahrung mit Depressiven Repräsentativität Grundgesamtheit: Einschränkungen Ergebnisse und Generalisierbarkeit da knappe Stichprobe und geringe Lokalisation, für qualitativer Ansatz möglicherweise genug <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Keine Begründung, jedoch genaue Beschreibung mit Zielsetzungen, Methodik erscheint passend zur Erfassung Erfahrungen Gütekriterien: Keine Angaben zum Ausbildungsprogramm, Implementierung zweier Instrumente mit Daten zur Evidenz, Unterstützung durch Gesundheitsexpertinnen bzw. -experten <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Bezug Forschung: Kombination Ausbildungsprogramm, Implementierung Instrumente und anschliessendes Interview sinnvoll, Erhebung von menschlichem Erlebten Ablauf: Nachvollziehbare Beschreibung, einmalige Durchführung, rigor in Vorgehensweise Darstellung: Interviewfragen in Tabelle, Mischung aus offenen Fragen („beschreiben, erklären Gefühle“) und Skalierungen Konditionen Interview: Beschreibung Ziel, Ablauf und Umgebungsbedingungen Umgang Teilnehmenden: Zielbeschreibung möglichst aussagekräftiger valider Antworten Anonymisierung Daten: Erfolgt Datensättigung: Diskussion als Leitmotiv, wird erreicht <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Teilweise Begründung, keine differenzierte Erläuterung, literarische Angaben Ablauf: Exaktes Eingehen, Sinnvolle Gliederung Darstellung: Schrittweise Darstellung sechs Phasen in Abbildung mit zusätzlicher Erläuterung Donabedians: Untermauert mit literarischen Angaben Gesundheitswesen Gütekriterien: Validitätsprüfung während Analyse Interviewdaten, Triangulation, Tonbandaufnahme, Kategorisierung, Verknüpfung mit Literatur <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Genehmigung Ethikkommission und Universität Freiwillige Teilnahme und Einwilligungserklärung Teilnehmende 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung Stichprobe anhand soziodemografische Fakten, ebenfalls in einer Tabelle dargestellt Differenzierung bezüglich Erfahrungswerte der Teilnehmenden ersichtlich, was insofern kritisch hinterfragt wird, da starke Differenzen bestehen <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Einteilung Resultate in zwei signifikante Schlüsselergebnisse Präzise und differenzierte Darstellung, was die Veranschaulichung stärkt Verankerung mit dem Kontext Zu jedem Ergebnispunkt wird ein direktes Interviewzitat von insgesamt 13 Teilnehmenden illustriert; dabei wird nicht ersichtlich ob dieses Ergebnis nun nur durch eine teilnehmende Person oder durch Mehrere unterstützt wird Drei signifikanten Kernaussagen in einer Abbildung dargestellt, was dem besseren Verständnis dient Damit kann eine Interpretation der Daten vorgenommen werden Genaues Vorgehen bei der Kategorisierung der Aussagen ist nicht ersichtlich Trotzdem beleuchten diese drei Konzepte das Phänomen als Ganzes; es werden drei wichtigsten Ergebnisse für die Praxis aufgezeigt Differenzen und Meinungsverschiedenheiten werden nicht thematisiert Die Studie erweitert das bereits bestehende Wissen über komorbide Depression mit KHK <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zur Verständlichkeit werden wichtige Schritte und Resultate in Tabellen dargestellt Die Gestaltung ist übersichtlich, die Beschriftung korrekt vorgenommen. 	<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Diskussion Übersichtliche Gestaltung in relevante Abschnitte Thematisierung zweier Schlüsselergebnisse wie auch weitere Resultate Aufführung von Limitationen, die entweder Verzerrungen herbeiführen, vermeiden oder verhindern sollten Schlussfolgerung spiegelt die Ergebnisse der Studie Die Messverfahren wurden nur wenig diskutiert, das Forschungsteam scheint überzogen davon Keine eigenen Interpretationen der Forschenden <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird nicht direkt Bezug auf das Forschungsziel genommen Anhand diverser Aussagen und der Schlussfolgerung kann es jedoch als erreicht bewertet werden Die interpretierte Forschungshypothese bestätigt sich anhand der Ergebnisse <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufzeigen von aus den Resultaten gezogene Praxistipps, welche die Forschenden als relevant empfinden, erscheinen nachvollziehbar und sinnvoll Bei Betrachtung der aktuellen Situation im Gesundheitswesen gibt es bestimmte Barrieren zur erfolgreichen Umsetzung in die Praxis Es wird vor allem Wert auf Ausbildung und Schulung gelegt, was hohe Kosten mit sich bringt Es müsste für Teilnehmende attraktiv gestaltet werden Oftmals bestehender Zeit-, sowie Personalmangel Fehlende Expertise <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Mit Blick auf die Prävalenz einer Depression im Zusammenhang mit der KHK und die Analyse der Interviewdaten nach abgeschlossenem Bildungsprogramm erscheint die Studie jedenfalls sinnvoll Stärken und Schwächen müssen selbstständig interpretiert werden Bei Anpassung des Instrumentes an das Setting, könnte eine ähnliche Studie durchaus auch in anderen klinischen Settings durchgeführt werden, da bestimmt auch weitere Erkrankungen mit einer Depression korrelieren Auch das Bildungsprogramm könnte auf andere klinische Settings übertragen werden und die Lücken in der Ausbildung der Pflegefachpersonen füllen Es fehlen Aussagen zu weiterem Forschungsbedarf

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985): Trustworthiness
„Evaluation of nurses’ perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting”
(Ski, C. F., Munian, S., Rollex, J. X., Thompson, D. R., 2014)

Confirmability (Bestätigbarkeit)

- Ausbildungsprogramm: Zielsetzung, inhaltliche Angaben, Implementierung Screening- und Überweisungsinstrument mit Daten zur Evidenz, Begleitung der Teilnehmenden durch multidisziplinäres Team von Gesundheitsexperten der „Hospital Education Unit“
- Fokussierte halbstrukturierte Interviews: Zielsetzung mit möglichst aussagekräftigen Aussagen, Beschreibung Auditinhalt, schrittweise Beschreibung Auditprozess
- Datenanalysen: Beschreibung mit literarischen Angaben
- Datensättigung: Leitmotiv zur Bestimmung des Endzeitpunktes des Interviews, keine nötige Ausarbeitung neuer Themen

Dependability (Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit):

- Forschungsprozess: Mehrheitlich nachvollziehbar gestaltet und durchgeführt, Begründung und Beschreibung des Instruments, der Datenerhebung und –analyse, einige Lücken bei der Stichprobenziehung
- Standardisierungsgrad: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden, Möglichkeit ungleicher Umgebungsbedingungen oder Umgang mit Teilnehmenden
- Pragmatische Datenanalyse nach Halcomb und Davidson (2006): Parallel während des Interviews zur Präzision und Verdeutlichung von Aussagen, reflektierendes Journaling zur Überprüfung der Notizen nach jedem Interview, falls notwendig ergänzende Informationen zur Unterstützung von Interpretationen
- Kategorisierung: In drei signifikante Kernaussagen, Vorgang nicht ersichtlich
- Keine Überprüfung der Datenanalyse und –ergebnisse durch ein hochschulinternes oder –externes Gremium

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- Triangulation: Sekundäre Validierung durch internes Gegenlesen Mitarbeitenden des Forschungsteams
- Member-Checking: Datenanalyse parallel zum Interview zur Präzision und Verdeutlichung Aussagen, Validitätsprüfung durch Wiederholungen und Klärung von Antworten, Zeitdauer bis keine neuen Themen hervorgehen
- Forschende: Keine Aussagen über Qualifikation, Erfahrungen
- Limitationen: Diskussion von negativ-, Kontrastfällen zur Beleuchtung gesamten Breite Thematik

Transferability (Übertragbarkeit):

- Sample: Genaue Personenbeschreibung, Lokalisation in zwei Herzzentren eher gering, für qualitatives Design trotzdem repräsentativ
- Verwendung von plausiblen Originalzitaten: Reflexion und Interpretation Sachverhalte für eigene Praxis
- Ergebnisse: Detaillierte Beschreibung und Diskussion nachvollziehbar präsentiert, Verknüpfung mit literarischen Angaben

Zusammenfassung der Studie: „Primary Care „Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study“, (Arroll, B., Khin, N., Kerse, N., 2003)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression ist ein häufig in der Allgemeinmedizin auftretendes, kostspieliges psychisches Gesundheitsproblem Ärzeschaft bewertet zahlreiche Fragebögen und Screenings als schwerfällig und als zu zeitaufwendig für den Routineeinsatz <p>Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestimmung der diagnostischen Genauigkeit von zwei mündlich gestellten Fragen im Vergleich zu einem computergestützten internationalen Diagnose Interview <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> US Preventive Services Task Force: Unterstützung von Screening-Instrumenten für die Identifizierung von Depressionen Ein systematisches Review stellte die Unwirksamkeit eines Depressions-Screenings bezüglich der Verbesserung von psychosozialen Ergebnissen fest Ein sinnvolles Screening-Instrument für den Einsatz auf der Allgemeinmedizin umfasst ein bis zwei Fragen. Bei positivem Befund würden weitere Fragen zur Einschränkung des Verdacht folgen Es wurde eine Evaluierung von psychischen Störungen in der Primärversorgung zur Erleichterung von häufigen psychischen Störungen durchgeführt Es umfasste ein Screening-Fragenbogen mit 27 Items, gefolgt von einem Interview durchgeführt von einer Fachperson Eine weitere Studie dazu ergab eine Sensitivität von 96% und eine Spezifität von 57% im Vergleich zu einem Schnelldiagnosen-Interview <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Begründet durch Häufigkeit und Problematik der Kostspieligkeit 	<p>Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Querschnittstudie <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Datenbank in Auckland: 15 Praxen auserwählt <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Ziehung einer Gelegenheitsstichprobe Konsequente Patientenaufnahme Ausschlusskriterium: Einnahme von Psychopharmaka N = 421 Teilnehmende <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Screening: Zwei Fragen <ol style="list-style-type: none"> Fühlten Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos? Verspürten Sie während des letzten Monats oft mangelndes Interesse oder Freude an der Arbeit oder im Leben? Screening Bogen mit 27 Punkten, Folgegespräch mit Ärzteschaft <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Mündlich gestellte Fragen durch behandelnde Ärzteschaft Zu irgendeiner Zeit während der Konsultation Bei positiver Beantwortung beider Fragen: Bewertung Screening als positiv Zugang Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner zu üblichen Patientennotizen. Vervollständigung und Überprüfung der Antworten, wie beispielsweise das Ansprechen von Selbstmordgedanken Konsultation des Formulars durch Interviewende der Studie nachdem Teilnehmende das Stimmungsmodul des international diagnostic interview (CIDI) absolviert hatte. Keine Möglichkeit zur Beginn der Behandlung bevor sie das Composite-Interview nicht abgeschlossen hatten Antworten des Teilnehmenden aus dem Interview werden ohne Interpretation, Sondierung oder Erklärungen durch Interviewenden als gültige Daten für eine Diagnose hingezogen Gütekriterien: test-retest Wiederholungstest zur Bestätigung der Reliabilität und anschließender Vergleich mit dem Zeitplan für die klinische Bewertung in der Neuropsychiatrie <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Ermittlung der Sensitivität, Spezifität und Wahrscheinlichkeitsquotienten durch Anwendung Rechner von Website der University of Toronto Die Studie wurde gemäss Empfehlungen der Standards für Reporting Diagnostic Accuracy Streering Group konzipiert und analysiert Skalenniveau Variabeln: Depression ja/nein > Nominalskala <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Ethische Genehmigung von der Ethikkommissionen Auckland Anzahl Ablehnung potenzieller Teilnehmender lässt darauf schliessen, dass Partizipation freiwillig war 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Insgesamt wurden 670 konsekutiven Patientinnen bzw. Patienten von ihren Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinerinnen eingeladen, an der Studie teilzunehmen 476 nahmen teil, Rücklaufquote 71.0% Geschlecht: 142 Männer vs. 330 Frauen Alter: Durchschnittlich 46 Jahre (16 - 90 Jahren) Fehlende Daten: 4 Ablehnung Teilnahme: 194 Drop-Outs: 47 aufgrund Einnahme von Psychopharmaka, 8 wurden nicht befragt N = 421 Teilnehmende <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Den zwei Screening-Fragen zufolge wurden 157 als positiv und 264 als negativ bewertet 28 Teilnehmende der 157 positiv eingeschätzten, wurden anschliessend nach dem international diagnostic interview als depressiv bewertet, 129 als nicht depressiv Eine teilnehmende Person der 264 negativ eingeschätzten, wurden anschliessend nach dem international diagnostic interview als depressiv bewertet, 263 als nicht depressiv Wurden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, wurde es als positiv bewertet. Dabei zeigten die Fragen eine Sensitivität von 97% (95% Konfidenzintervall 83% bis 99%) und eine Spezifität von 67 % (62% bis 72%) Die hohe Sensitivität entstand aufgrund der hohen Anzahl an falsch-positiven Ergebnissen. Dies spiegelt sich in der Wahrscheinlichkeitsquote für einen positiven Test und dem Vorhersagewert von 18 % wieder Andererseits war das Wahrscheinlichkeitsverhältnis für ein negatives Ergebnis niedrig, weshalb bei der Prävalenz von 6% für eine schwere Depression ein negativer Test fast immer negativ ausfallen würde (Negativer Vorhersagewert 99%) 	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> Den zwei Screening-Fragen zufolge wurden 157 als positiv und 264 als negativ bewertet Die zwei mündlich gestellten Fragen als Screening-Instrument für Depressionen in der Primärversorgung von psychischen Erkrankungen ergaben eine gute Sensitivität und eine angemessene Spezifität Die 97% erreichter Sensitivität zeigte Verbesserung gegenüber früheren erreichten 29% bis 35% Die Wahrscheinlichkeit des Post-Tests deuten auf etwa fünf der falsch/positiven Antworten für jede wahre Positive hin, bei alleiniger Stellung von Fragen Dies ist in Screening Studien üblich, die im Wesentlichen ein diagnostischer Test mit der Einstellung einer niedrigen Prävalenz ist Wird jedoch nicht als Problem bewertet, da anschliessend eine Abklärung durch weitere Fragen oder eine Überweisung an andere Fachpersonen erfolgen kann Die Studie wurde in einem Gemeinschaftsumfeld von Allgemeinmedizinern durchgeführt und analysiert Bei dieser Studie handelt sich um die Bewertung von mündlichen und nicht-schriftlichen Fragen Die Prävalenz der Studien von Screening-Instrumenten für Depression ist in der Allgemeinmedizin in der Regel niedrig (8% für schwere Depression) Aus diesem Grund muss das Wahrscheinlichkeitsverhältnis für einen negativen Test nicht niedrig sein, um eine Depression ausschliessen zu können In diesem Test hätten eine Patientin bzw. ein Patient eine 0.3% Wahrscheinlichkeit depressiv zu sein, wenn der Test negativ ausgewertet wurde Vergleich zu den Studien die von der US Preventive Services Task Force ausgewertet wurden, ergibt es ein ähnliches Wahrscheinlichkeitsverhältnis für einen positiven Test <p>Beantwortung Forschungsfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> Guter Kompromiss zwischen dem Zeitaufwand für die Verwaltung des Screenings und dem Wahrscheinlichkeitsverhältnis Der Nutzen dieser Studie besteht darin, dass die Ärzteschaft bei Betroffenen, bei welchen sie eine Depression diagnostiziert haben, mit grösserer Wahrscheinlichkeit Medikamente zur Behandlung von Depression verschreiben können Die beiden Fragen sind aufgrund ihrer Validität und Kürze für das Screening auf Depressionen potentiell nützlich Es besteht ein guter Kompromiss zwischen wahr und falsch Positiven Die Fragen decken die meisten Fälle von Depressionen auf <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein Vorhandensein einer Vergleichsgruppe bei denen keine Screening-Fragen angewendet wurden, was als Schwachstelle der Studie gilt

Kritische Würdigung der Studie: „Primary Care, Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study“ (Arroll, B., Khin, N., Kerse, N., 2003)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Übersichtlicher Aufbau der Einleitung Aussagen zur Problembeschreibung Der Zweck dieser Studie wird erläutert <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Wird erwähnt, wird jedoch erst bei genauerer Betrachtung klar Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation erforderlich <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein relevantes Thema für die Berufspraxis ist, da folgende Aspekte erwähnt werden: Aktualität des Phänomens. Diese Studie Leichte Umsetzbarkeit in die Praxis Gute Alternative <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Population: Durchführung durch Ärzteschaft Setting: Allgemeinmedizin Schwerpunkt auf der Vermutung einer Depression, nicht jedoch Diagnostizierung Schwerpunkt auf Überweisung bei einer Vermutung zur effektiven Behandlung Somit kann die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz des gewählten Settings und der Population <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte einer Studie und eines Reviews Wenig Verwendung von evidenzbasierter Literatur 	<p>Verbindung Design und Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Design: Knappe Angabe Wahl, keine Begründungen Unverständnis Verbindung zwischen Forschungsfrage und Design Es wurden keine Angaben zur internen oder externen Validität gemacht Fraglich ob die durchführende Ärzteschaft der Allgemeinmedizin genügend Expertise in Bezug auf psychische Erkrankungen aufweist <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Zufallsstichprobe: Keine Gewährleistung totaler Repräsentativität Zielpopulation: Erscheint sinnvoll Stichprobengröße: Wird als angemessen bewertet Rücklaufquote 71.0%. Keine Begründung dazu. Studiengruppen: Keine Vergleichsgruppen, Gleichbehandlung aller Teilnehmenden Ausschlusskriterien: Einnahme von Psychopharmaka > stärkt externe Validität Keine Begründung der genauen Anzahl der Stichprobe; fehlende Daten, einige wurden nicht befragt etc. <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Re-test zur Bestätigung Reliabilität Zwei Screening Fragen: Bestätigung Validität durch Forschende CIDI: Verweise ins Referenzverzeichnis zur Überprüfung Validität und Reliabilität Leichte Umsetzbarkeit in die Praxis <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurze Beschreibung, keine Begründung Ermittlung Sensitivität, Spezifität, Wahrscheinlichkeitsquotienten Analyse Konfidenzintervall Skalenniveau: Depression ja/nein > Nominalskala Abhängige Variablen: Outcome zwei Fragestellungen > Depression ja/nein Unabhängige Variablen: demographische Angaben Signifikanzniveau: Keine Angaben > Annahme 0.05 <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Ethische Genehmigung eingeholt Anzahl Ablehnung potenzieller Teilnehmender lässt eine freiwillige Partizipation vermuten 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurze und klare Beschreibung der Stichprobe anhand demographischer Daten Ausschlusskriterium wird aufgelistet Angaben zu den Teilnehmenden Angabe zu Drop-Outs Keine Begründung exakte Anzahl und weshalb einige nicht befragt wurden oder einige Daten fehlen <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Präzise Angaben Sensitivität, Spezifität Wahrscheinlichkeitsquotient <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wichtigste Resultaten tabellarisch ergänzt Angaben zur Sensitivität und Spezifität wie auch dem Wahrscheinlichkeitsverhältnis Leicht verständliche Darstellung Korrekte Beschriftung 	<p>Diskussion und Interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurze und prägnante Diskussion der Ergebnisse Studie erscheint in Bezug auf die aktuelle Situation, die Ergebnisse und den Zweck der Intervention sinnvoll zu sein Es wird ein Bezug auf die Ergebnisse anderer Studien genommen Zukünftiger Forschungsbedarf wird nicht erwähnt Limitationen werden erwähnt <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Leichte Umsetzbarkeit in der Praxis da zeitsparend und einfach v.a. im hektischen klinischen Alltag Zu vage zur tatsächlichen Erkennung einer Depression anhand zweier Fragen Mehrheitlich geht es um die Einleitung von Massnahmen bei einer vermuteten Depression Nach positivem Befund werden weitere Massnahmen zur tatsächlichen Diagnostizierung und Behandlung ergriffen Bewertung als guten Ansatz bei der Erkennung einer Depression

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: Primary Care „Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study“ (Arroll, B., Khin, N., Kerse, N., 2003)

Objektivität (Unabhängigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Expertise der durchführenden Fachperson in Bezug auf psychische Gesundheit ist nicht ersichtlich
- Standardisierungsgrad: Alle Teilnehmenden wurde gleichbehandelt
- Unklares weiteres Verfahren nach positiven Befund und ob dies durchgängig gleich
- Durchführungsobjektivität: Erhebung anhand spezifischen Fragen Messinstrumentes ist hoch (JA/NEIN).
- Interpretationsobjektivität: Beeinflussung durch individuelle Deutungen infolge von Erfahrungswerten oder unterschiedlichen Expertisen

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Diese Studie ist reproduzierbar aufgrund der leichten Umsetzbarkeit in die Praxis
- Screening-Fragen: Gute Spezifität und angemessene Sensitivität
- Re-Test zur Bestätigung Reliabilität und zum Vergleich

Validität (Genauigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Studiendesign mit einmaliger Datenerhebung muss kritisch hinterfragt
- Unklar ob die beiden Screening-Fragen geeignet sind, eine Depression zu erfassen > Wird auch nicht als Ziel der Studie bewertet
- Forschenden bestätigen Validität der beiden Screening-Fragen
- CIDI: Validität und Reliabilität durch Verweise in Referenzverzeichnis und dessen Überprüfung wie auch Wiederholungstest bestätigt

Interne Validität:

- Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren
- Mögliche Unvollständigkeit Datenerfassung infolge der einmaligen Datenerhebung bei möglich rezidivierendem Verlauf der Depression oder Verwechslungsgefahr mit Symptomen wie Angst oder Melancholie
- Variablen: Messverfahren zur Festlegung des Vorhandenseins einer Depression

Externe Validität:

- Die Gelegenheitsstichprobe schränkt die Gewährleistung der vollständigen Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtpopulation ein
- Ein- und Ausschlusskriterien werden begrenzt definiert, Möglichkeit einer Datenverzerrung
- Wenig Verzerrungen werden diskutiert
- Erwähnung von Drop Outs

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide.**

Zusammenfassung der Studie: „Identifying tumor patients' depression“ (Singer, S., Brown, A., Einenkel, J. Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., Papsdorf, K., Stolzenburg, J-U., Brähler, E., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept/Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression gilt als eines der häufigsten und problematischsten psychischen Probleme der Krebspatienten im Akutspital <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Vergleich zwischen der Präzision und Zuverlässigkeit zweier verschiedener Methoden bei der Erfassung einer möglichen klinischen Depression bei neu diagnostizierten Tumorpatienten: Screening-Fragebogen vs. Beurteilung durch betreuendes Pflegefachpersonal und Ärzteschaft Forschungshypothese: Es werden hohen Erwartungen an die Anxiety and Depression Scale (HADS) interpretiert <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> In drei Studien: Tiefe Identifizierungsquoten psychischer Problematik anhand der Screening-Methoden Weiteren Studien: Erhöhung Sensitivität und Spezifität mit der Einschätzung durch das Gesundheitspersonal kombiniert mit einem Fragebogen welcher Diagnosen aus einem strukturierten klinischen Interview enthält. Noch besser schnitt die zusätzliche Verwendung der HADS ab Häufig wird das Symptom Hoffnungslosigkeit sowie suizidale Gedanken und Aktionen mit Depressionen verbunden Review: Zeigt positive Wirkung der Psychotherapie, was vorerst jedoch die Identifizierung voraussetzt <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Durch Aussagen über die Aktualität der Problematik anhand empirischer Literatur wird der Forschungsbedarf begründet Bisherige Erfahrungswerte zeigen einen Vergleich zweier unvollkommener Messverfahren und somit bisher unbefriedigende Identifizierungsquoten von psychischen Problemen bei Krebspatienten „MASCC Psychosoziale Studiengruppe“: Thematisieren Essenz der Behandlung psychosozialer Fragen zu Beginn der onkologischen Betreuung Zusammenfassend wird die Wichtigkeit der Suche und Identifizierung der Depressionen als Voraussetzung für eine darauffolgende adäquate Behandlung bei Tumorpatienten geschildert und die Suche nach einem geeigneten Weg dahin 	<p>Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Querschnittsstudie: Zweck der einmaligen Datenerhebung Erste Messpunkt einer grösseren prospektiven Studie bezüglich Thematik <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle neu diagnostizierten Tumorpatienten mit möglicher Depression Konsequente Patientenaufnahme während 21 Monaten in bestimmten Kliniken zweier Akutkrankenhäuser in Leipzig Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankung: Neu diagnostizierte Krebserkrankung, - Alter: 18+, - Sprache: Ausreichende Deutschkenntnisse, - Zustand: Körperlich geistig erlaubt Teilnahme an mind. 45-minütigem Interview (Teilnahmeberechtigung durch ärztlichen Dienst) Ausschlusskriterien: Keine Angaben 2913 Krebspatienten: Hospitalisation, Zeitdauer, Kliniken <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Convenience sample: Gelegenheitsstichprobe > Die, die verfügbar sind (Hospitalisierung, Zeitspanne, Kliniken) Keine simple size calculation 1805 (78%): Erfüllen Einschlusskriterien, Teilnahme HADS-Fragebogen: 1577 Teilnehmende SCID-Interview: 689 Teilnehmende, Ablehnung aufgrund organisatorischen Schwierigkeiten oder Ruhezeiten Beurteilung Gesundheitsteam: Pflegefachpersonal 1'656 Fällen, Ärzteschaft in 1'332 Fällen N = 329 Teilnehmende: Vollständige Datenerhebung (HADS, SCID, Bewertung Gesundheitsteam) <p>Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> Unbefriedigender Erfahrungswerte: Anwendung Kombination diverser Methoden mit Ziel frühzeitigen Identifizierung Goldstandard: Deutsche Version „Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)“, Axis I. Sicherstellung Konsistenz Interviewer-Ratings durch intensives Training und Supervision. Gute Validität SCID-Diagnosen aus Erfahrungswerten. - Screening-Fragen, -Vorhandensein und Häufigkeit Symptomatik, - Ausmass Leidens, - Allgemeinzustand - Screening-Methode: „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“ - Selbstverwaltende Fragen mit 14-Punkte Score, - Ziel: Messung psychiatrische Gesundheit nicht-psychiatrischen Patientinnen und Patienten Beurteilung durch mindestens eine Pflegefachperson oder ein Mitglied der Ärzteschaft - Angaben Traurigkeit/Depressivität auf 5-Punkte Skala, - Bewertung Schlüsselsymptom Hoffnungslosigkeit, - Notwendigkeit Unterstützung Psychoonkologie (ja/nein/unsicher) Unabhängige Variablen: Drei Methoden Abhängige Variablen: SCID Depression „ja/nein“, HADS „14 Punkte Score“, Gesundheitsteam „5 Punkte Skala“, Notwendigkeit Unterstützung „ja/nein/unsicher“ Zusätzliche Variablen: Vier Einschlusskriterien, Hospitalisation, spezifische Klinik, zwei Akutkrankenhäuser <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Während der ersten Tage der Hospitalisation Beginn: Erläuterung Studie durch wissenschaftlichen Mitarbeitenden, Einverständniserklärung 1 Runde: HADS Fragebogen 2 Runde (Tag danach): SCID-Interview Wiederholungsversuch: SCID an Untergruppe von 45 zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten 3 Runde: Beurteilung durch Gesundheitsteam, blind gegenüber vorherigen Ergebnissen aus HADS und SCID Datenerhebung: Jede Messmethode einmalig pro Teilnehmenden <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Skalenniveau Variablen: <ul style="list-style-type: none"> - SCID Depression ja/nein = Nominalskala, - HADS 14 Punkte Score = Ordinalskala, - Gesundheitsteam 5 Punkte Skala = Intervallskala, - Notwendigkeit Unterstützung = 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> 329 Fällen Erfassung vollständigen Daten Alter: Mittelwert 60 (23 – 89) Weiblich: 41% Tumorstadium unbekannt: 37% Bekanntem Tumorstadium: <ul style="list-style-type: none"> 19% Stadium I, 15% Stadium II, 17% Stadium III, 12% Stadium IV, ungefähre Ausgleich 13 Lokalisationen der Tumore, keine gleichmässige Verteilung Gründe Nicht-Teilnahme: Ablehnung (22%) Drop-Outs: Nicht erfüllte Einschlusskriterien (18%), Vorzeitige Entlassung (2%), Tod vor Erstkontakt (0.1%) Vergleichbare Verteilung HADS-Scores mit (Mittelwert 13.7) und ohne (Mittelwert 13.6) ärztliche Bewertung Erhöhte Wahrscheinlichkeit Beurteilung durch Ärzteschaft bei Patientinnen und Patienten ohne Depressionsdiagnose nach SCID als mit Depressionsdiagnose (Chi-Quadrat, 5.5; P = 0.02) Keine Verbindung Nicht-Beurteilung durch Pflegefachpersonen weder mit HADS-Scores Teilnehmenden (Mittelwert 13.6 bzw. Mittelwert 13.7) noch mit ihrem Depressionsstatus (Chi-Quadrat, 1.3; P= 0.26) Vergleichbare HADS-Ergebnisse bei Teilnehmenden mit und ohne SCID-Interview (t=0.74, P=0.46). <p>Identifizierungsquote</p> <ul style="list-style-type: none"> Mittels SCID: 28 von 329 Teilnehmenden (8,5%) Diagnose klinische Depression Identifizierung: Bewertung Gesundheitsteam: <ul style="list-style-type: none"> Ärztenschaft: 15 (Sensitivität 0.54, Spezifität 0.38) Pflege: 19 (Sensitivität 0.68, Spezifität 0.45) Identifizierung mithilfe HADS: <ul style="list-style-type: none"> 27 (Sensitivität, 0.96; Spezifität, 0.50) Entdeckung Hoffnungslosigkeit: <ul style="list-style-type: none"> Ärztenschaft: 5 (Sensitivität 0.18, Spezifität 0.84) Pflege: 3 (Sensitivität, 0.11; Spezifität, 0.91) <p>Psycho-onkologischer Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> Schätzung Unterstützungsbedarf aller Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> - Ärzteschaft auf 95 (29%), - Pflege auf 69 (21%) Einschätzung unsicherer Fälle <ul style="list-style-type: none"> - Ärzteschaft: 93 (28 %) - Pflege: 199 (60 %) Klinisch depressiven Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> - Ärzteschaft: 13 (46%) (Sensitivität 0.46, Spezifität 0.73) - Pflege: 7 (25%) (Sensitivität 0.25, Spezifität 0.79) Annahme: Einstufung unsicherer Fälle als klinisch depressiv hätte Steigerung Sensitivität jedoch Senkung Spezifität beider Professionen 	<p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Deutliche Verbesserung Identifizierungsquote bei zusätzlicher Anwendung HADS im Vergleich zur alleinigen Beurteilung durch Gesundheitsteam (96% gegenüber 54% und 68%) Erhöhte Identifizierungsquote von Nicht-Fällen als nicht depressiv innerhalb des HADS (50% versus 38% und 45%) Niedrigere Erkennung Symptom Hoffnungslosigkeit Keine Unterscheidung zwischen Tumorpatienten mit und ohne Beurteilung durch Gesundheitsteam in einem psychischen Notzustand Beurteilung durch Gesundheitsteam weist Ähnlichkeiten mit Zufallsbeurteilung auf, HADS deutlich besser abschnitt → Kein Vertrauen zufälliges Erkennen unterstützungsbedürftigen Teilnehmenden Unsicherheiten Pflege in Bezug Notwendigkeit Miteinbezug Psycho-Onkologie Pflege bessere Sensibilität bei der Erkennung Ärztenschaft bessere Sensibilität bei Massnahmen einleitung Fehlende Motivation Teilnahme Gesundheitspersonal Identifizierung Depression oftmals durch ungeschultes Gesundheitspersonal Unpräzise Meinungen bezüglich Miteinbezug Psychoonkologie <p>Interpretation Forschenden</p> <ul style="list-style-type: none"> Fehlende Expertise oder Unwilligkeit Gesundheitsteam zur Meldung depressiver Zustände zu Beginn stationären Behandlung Dem Gesundheitsteam gestellte Fragen ungeeignet Steigende Erkennungsraten mit Krankenhausaufenthaltsdauer aufgrund erhöhter privater Gesprächszeit Zufälliges Entstehen Unterschiede → Unwahrscheinlich laut Fläche unter Kurve Mögliche Verzerrungen Ergebnisse <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Vermeidung durch unbekannter HADS-Score für Gesundheitsteam und SCID-Interviewer Verringerung Relevanz Auswahlverzerrungen infolge niedriger Rücklaufquoten Tiefere Wahrscheinlichkeit Teilnahme stark Depressiver, bessere Identifizierungsquoten deren → Nicht-Teilnehmer- Analyse: Ähnlichkeiten mittleren HADS-Scores bei Teilnehmenden mit und ohne Einschätzung durch das Gesundheitsteam sowie mit und ohne SCID-Bewertung Schwierigkeit beim Erreichen und Motivieren Gesundheitsteam Unsicherheiten bezüglich Notwendigkeit Psychoonkologie führt zu Vermeidung Formularausfüllung Keine Verzerrungen durch Unterrepräsentation Depressiver infolge Unabhängigkeit Sensitivitäts-, und Spezifitätsraten von Prävalenz Abhängigkeit Sensitivität und Spezifität vom gewählten Cut-off-Point <p>Erreichung Forschungsziel</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Annahme höheren Sensitivitätsraten als Studien mit Vergleichen zwischen Selbsteinschätzung und Personalbeurteilung

	<p>Nominalskala</p> <ul style="list-style-type: none"> Dichotomisierung Beurteilung durch Gesundheitsteam und Vergleich mit HADS-Ergebnissen und SCID-Status Grundlage für Sensitivitäts-/Spezifitätsanalysen: Vollständige Daten in 329 Fällen STATA (Version 10): Berechnung Spezifität, Sensitivität, positive und negative Vorhersagewerte, Bereiche unter Kurve mit Betriebskennlinien Empfängers HADS: Cut-off-Point ≥ 13: Beste Balance zwischen Sensitivität und Spezifität bei Tumorpatienten. <p>Empfehlung Verwendung niedriger Schwellwerte für Screening-Fragen da Relevanz Erkennung von depressiven Personen wichtiger als nicht Erkennung von nicht Depressiven im klinischen Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> SCID: Wiederholungsversuch mit Erreichung Cohens Kappa-Statistik 0.95 Statistische Verfahren: Chi-Quadrat Test, t-test, Mittelwert, Standardabweichung, Zentralwert <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Genehmigung Ethikkommission Universität Leipzig Durchführung nach ethischen Standards der Deklaration von Helsinki 1964 		<p>Praxistransfer</p> <ul style="list-style-type: none"> Ermutigung Gesundheitsteam zur regelmässigen Verwendung Fragebögen Ziel: Verbesserung psychische Wohlbefinden Tumorpatienten zu Beginn der stationären Behandlung Nützliche zusätzliche Hilfe bei der Zuweisung notwendiger emotionaler Unterstützungen für den bedürftigen Teilnehmenden Lösungsvorschläge für Allgemeinmediziner: Einschätzung anhand kurzem Screening-Fragebogen, längeres konventionelles Screening, wenn nötig Beibehalten offener, direkter, empathische Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen Verknüpfung Anwendung Instrumente mit persönlichem Gespräch Analyse durch erfahrener Experte Schulung von Fachkräften im Gesundheitswesen zur Verbesserung Identifizierung Betroffener in Notlage <p>Vergleich Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> USA: Erhöhte Patientenaufnahme im Notfall nach Verwendung Screening-Instrumente Grossbritannien: Niedrige Akzeptanz der Onkologen bezüglich Screening-Instrumente infolge Zeitmangel, unzureichender Ausbildung, geringes Vertrauen Passik et al.: Verbesserungsergebnisse Identifizierung und Bewusstsein des Gesundheitsteams nach Training Fallowfield et al.: Nachweis Machbarkeit und Effektivität von Kommunikationstraining <p>Zukünftiger Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Untersuchung Akzeptanz und Effektivität von Training in Identifizierungsfähigkeiten Untersuchung Erkennungsraten Allgemeinmediziner welche generell auf Berücksichtigung psychosozialer Aspekte trainiert sind und ihre Patientinnen und Patienten schon länger betreuen
--	--	--	---

Kritische Würdigung der Studie: „Identifying tumor patients' depression" (Singer, S., Brown, A., Einenkel, J. Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., Papsdorf, K., Stolzenburg, J-U., Brähler, E., 2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Aufbau <ul style="list-style-type: none"> Logischer Argumentationsaufbau Einleitung mit Aussagen zur Aktualität Ergänzungen mit empirischer Literatur. Forschung <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Verständliche Formulierung Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Selbstständige Interpretation erforderlich Praxisrelevanz <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass die Thematik relevant für die Berufspraxis ist, da folgende Aspekte thematisiert werden: Aktualität und Prävalenz des Phänomens Problematik bei der Identifizierung Erfahrungswerte empirischer Studien Beantwortung Fragestellung <ul style="list-style-type: none"> Phänomen: Situation von onkologischen Patientinnen bzw. Patienten Thematisierung Relevanz, dass Ebenen der Hoffnungslosigkeit und Depression im Allgemeinen keine Assoziation mit dem Schweregrad und Stadium der Krebsdiagnose aufweisen, sondern häufiger mit soziodemographischen und psychosozialen Charakteristika Zusätzlich wird die Identifizierung der Depression als Voraussetzung für jede Behandlung erläutert Somit kann die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitation des Phänomens Empirische Literatur <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte bezüglich der aktuellen Situation aufgezeigt Epidemiologische Zahlen werden aus früheren Studien herausgefiltert Angaben zur exakten Prävalenz im aktuellen Setting fehlen Bezug auf bereits durchgeführte Studien genommen, mit kurzer Bemerkung zu den jeweiligen relevanten Resultaten bezüglich aktuellem Forschungsziel Zusätzlich wird ein Vergleich zwischen den in den Studien verschiedenen verwendeten Methoden, was die Auswahl der Messinstrumente in dieser Studie ersichtlich macht Vorhaben der Studie wird erklärt Empirische Daten, welche die Auswahl der Methoden unterstützen werden bei dem Instrument SCID kurz aufgezeigt Die Erfahrungswerte deuten auf die Wichtigkeit des Identifizierungszeitpunktes hin Der Forschungsbedarf wird mit empirischen Daten begründet, für genaue Angaben wird in das Referenzverzeichnis verwiesen 	Verbindung Design und Forschungsziel <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine genaue Definition oder Begründung Zweck Querschnittstudien: Erheben alle interessierenden Daten zu einem einzigen, identischen Zeitpunkt in einer möglichst repräsentativen Stichprobe aus der zu untersuchenden Population Pro: Hohe Prävalenz Depression Pro: Aufgrund einmaliger Durchführung erleichterte Probandensuche, begrenzte Dauer Hospitalisation im Akutspital, onkologische Grunderkrankung mit unklarer Prognose Pro: Erhebung Datengrundlagen für Planung Gesundheitswesen und Gewinnung Hinweise auf Risikofaktoren Contra: Problematik einer unvollständigen Datenerfassung bei möglich rezidivierendem Verlauf einer Depression oder Verwechslungsgefahr mit Symptomen wie Angst oder Melancholie da nur einmalige Erhebung Contra: Keine Wiederholungsuntersuchung verhindert Untersuchung oder Informationen über allfällige Entwicklungstrends oder Verhaltensänderungen Contra: Erkrankungen mit Risiko nah gelegenen Todes Contra: Keine Erkennung ursächlicher Zusammenhänge infolge fehlender Aussagen über zeitliche Abfolgen Bezug Forschung: Für Vergleich zweier Messmethoden sinnvoll, kritische Hinterfragung ob Identifizierung gelingt Gefahren interner oder externer Validität Stichprobe <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Non-probability Sampling, konsekutive lückenlose Patientenaufnahme anhand Einschlussfaktoren, keine Ausschlussfaktoren Design: Zufallsstichprobe würde Gewährleistung Repräsentativität erhöhen Vorgehen: Kurze Beschreibung Einschlusskriterien: Angaben vorhanden, Keine Begründung, nur bezüglich Einschätzung Gesundheitszustands für das Interview, Grosse Altersspanne kritisch da Differenzen Depression bei älteren Menschen (65+) laut Erfahrungswerten, keine genaue Definition zur neuen Erkrankung oder Deutschkenntnissen Umfang: Lange Zeitspanne, Angemessene Stichprobe, kleiner Effekt signifikant, keine Begründung Setting: Begrenzte Auswahl Kliniken, nur spezifische Fachbereiche Studiengruppen: Keine Vergleichsgruppen, Gleichbehandlung aller Teilnehmenden, Wiederholungsversuch bei Messung mit SCID Rücklaufquote/Drop-Outs: Niedrig, Begründung im Paragraph Diskussion, mögliche Beeinflussung Ergebnisse Nicht-Teilnahme: Erläuterung Gründe nur bei SCID oder HADS Mögliche Verzerrungen: Keine freie Auswahl Kriterien bringt unbekannte Grösse und Auswirkung auf Stichprobenfehler mit sich, Vernachlässigung Effekte mit möglichem Einfluss auf Depression wie vorherige psychische Erkrankung, Differenzierung zwischen Tumorstadium und -lokalisation Vernachlässigung: Bewertung ärztlicher Dienst, Resultate Professionen getrennt aufgeführt Repräsentativität Grundgesamtheit: Kritisch infolge Stichprobenziehung, Vorergründig Identifizierung und Vergleich Messmethoden Messinstrumente <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Begründung in Einleitung, Bezug auf Fragestellung anhand Erfahrungswerte Gliederung: Genaue Beschreibung aller Messverfahren im Kapitel Instrumente Gütekriterien: SCID Wiederholungsversuchung zur Bestätigung Reliabilität und Angaben Validität, ansonsten keine expliziten Angaben, Verweise in Referenz Variablen: Zusätzliche Einschlusskriterien Limitationen: Mögliche Verzerrungen/Einflüsse im Paragraph Diskussion Datenerhebung <ul style="list-style-type: none"> Bezug Forschung: Kombination diverser Messmethoden erscheint in Bezug auf Erfahrungswerte und Forschungsziel sinnvoll Ablauf: Gleiche Methoden bei allen Teilnehmenden, Keine Erläuterung Differenz Teilnehmenden Datensatz: Kompletter nicht ganz nachvollziehbar da Unterscheidung von Datensätze einzelner Methoden Datensättigung: Keine Angaben Datenanalyse <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Keine Begründung Ablauf: Keine exakten Angaben, sehr knappe Beschreibung, kein klarer Vorgang ersichtlich Darstellung: Resultate in einer Tabelle, Vergleich verschiedener Messmethoden Angaben: STATA Version 10 zur Verwendung für bestimmte Berechnungen mit Verweis in Referenz, Cut-off-Point mit Begründung Festlegung Toleranzgrenze beim HADS, Grundlage Sensitivitäts-/Spezifitätsanalysen ohne Angaben vollständigen Daten. Statistische Test: Erwähnung Verwendung ohne Erklärung, Ableitung aus Tabellen. Variablen erfüllen vorausgesetzte Skalenniveaus. Signifikanzniveau: Keine Angaben. Somit Annahme 0.05. Ethik <ul style="list-style-type: none"> Angaben Gewährleistung Genehmigung Ethikkommission und Durchführung nach ethischen Standards Erklärung durch wissenschaftliche Mitarbeiter, freiwillige Teilnahme durch Einverständniserklärung 	Stichprobe <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung Teilnehmenden anhand soziodemografischer Fakten Keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Tumorstadien oder Tumorklassifikationen vorgenommen Gründe für Nicht-Teilnahme werden erläutert Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> Einteilung in Paragraphen zur Übersicht Präzise Angaben: Anzahl, Mittelwert, Standardabweichung, Zentralwert, Spezifität, Sensitivität, Bereiche unter der Kurve Chi-Quadrat und t-test aufgeführt Die angegebenen Ergebnisse erreichen nicht immer das Signifikanzniveau Ob eine Depression vorhanden ist oder nicht wird anhand der SCID bestimmt, wobei auch ausführliche Angaben zu Gütekriterien vorhanden sind Die Diagnose anhand des SCID wird nur in „ja/nein“ eingeteilt, eine mögliche Unterscheidung des Schweregrads der Depression wird nicht thematisiert Natürlich muss berücksichtigt werden, dass es dabei um die Hauptdiagnose einer Tumorerkrankung und die Identifizierung der Depression geht Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse verständlich sind Teilweise keine Aussagen zur Signifikanz, lediglich Zahlen erwähnt Tabellen <ul style="list-style-type: none"> Wichtige Resultate wurden zur Verständlichkeit, nicht jedoch zur Ergänzung, in eine Tabelle dargestellt Die Aussagen im Text stimmen überein Tabelle erst bei genauerer Betrachtung sinnvoll Beschriftung ist korrekt vorgenommen 	Diskussion und Interpretation <ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Diskussion Aufbau teilweise nicht verständlich Wichtigste Ergebnisse aufgeführt, Angaben zur Signifikanz Mögliche Erklärungen von den Forschenden auf realistischer Ebene interpretiert Es werden Limitationen aufgeführt, die entweder Verzerrungen herbeiführen, vermeiden oder verhindern sollten Bezug zur Rücklaufquote wird bei den Limitationen genommen Die Messverfahren wurden nur wenig diskutiert, das Forschungsteam scheint überzogen davon Forschung <ul style="list-style-type: none"> Es wird ein Bezug auf das Forschungsziel genommen und auch aus dem Text kann eine Beantwortung erfolgen Die Ergebnisse bestätigen die interpretierte Forschungshypothese Praxis <ul style="list-style-type: none"> Zusammenfassende aus den Resultaten gezogene Praxistipps aufgezeigt, welche die Forschenden als relevant empfinden. Diese erscheinen nachvollziehbar, sinnvoll und können mehrheitlich in der Praxis umgesetzt werden Bei Betrachtung der aktuellen Situation im Gesundheitswesen gibt es bestimmte Barrieren bei der Umsetzung in die Praxis Zur Verwendung von Fragebögen müssten die Gesundheitsfachleute mehr motiviert werden, es müsste attraktiver gestaltet sein für sie und natürlich muss Zeit und Expertise vorhanden sein Die Einführung von Schulungen des Personals erfordert Ressourcen, Zeit, Kosten Schlussfolgerung <ul style="list-style-type: none"> Mit Blick auf die Prävalenz einer Depression und die Analyse der Resultate erscheint die Studie sinnvoll Stärken und Schwächen müssen selbstständig interpretiert werden Gerade weil nicht wirklich auf die Haupterkrankung eingegangen wird, besteht Forschungsbedarf auch in anderen Settings im Gesundheitswesen Thematisierung zwei weiterer Forschungsfragen, Forschungsbedarf bezüglich Thematik

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: “Identifying tumor patients’ depression.” (Singer, S., Brown, A., Einenkel, J. Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., Papsdorf, K., Stolzenburg, J-U., Brähler, E., 2010)

Objektivität (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Forschungsprozess: Wird beschrieben
- Standardisierungsgrad: Gleichbehandlung aller Teilnehmenden, ungleiche Verteilung Beurteilung durch Ärzteschaft oder Pflege > Forschenden bestätigen keine Selektionsverzerrung durch Unterrepräsentation
- Beurteilung Gesundheitsteam: Unklarheiten bei Durchführung
- Durchführungsobjektivität: Erhebung der Outcome Variablen anhand von zwei Messinstrumenten
- Interpretationsobjektivität: „Verblindung“ Gesundheitsteam während Beurteilung gegenüber den erfassten Ergebnissen anhand der Messinstrumente, Beurteilung anhand Ordinalskala und Nominalskala spricht für die Objektivität, Beeinflussung durch individuelle Deutungen infolge von Erfahrungswerten oder unterschiedlichen Expertisen kann nicht ausgeschlossen werden

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- SCID als Goldstandard: Sicherstellung Konsistenz Interview-Ratings: Intensives Training und Supervision beim „SCID“, Forschende erwähnen Dokumentation bereits geprüfter guter Reliabilität der SCID, Wiederholungsuntersuchung: Erneute Untersuchung „SCID“ an 45 zufällig ausgewählten Personen mit Cohens-Kappa Statistik von 0.95, trotz nominalskalierten Outcome Variablen wird dieses Messverfahren somit als reliabel bewertet
- HADS: Verweise ins Referenzverzeichnis, Festlegung Cut-off-Point bei ≥ 13 laut Literatur beste Balance zwischen Sensitivitäts- und Spezifitätsniveau
- Beurteilung Gesundheitsteam: Unklar ob ausreichende Expertise zur Beurteilung der Psyche, Unklar ob geeignete Fragen, jedoch nicht Goldstandard, vordergründig war nur Untersuchung der in Begleitung von Interventionen nach Einschätzung,
- Outcome: Messung Variablen anhand Ordinalskala bei der HADS und Intervallskala bei der Beurteilung durch das Gesundheitsteam
- Wiederholungsuntersuchungen: Keine Durchführung mit der HADS oder Beurteilung durch Gesundheitsteam
- Querschnittsstudien: Wiederholung in Abständen zur Untersuchung Entwicklungstrends notwendig

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Messinstrumente: Begründung Wahl anhand von Erfahrungswerten in früheren Studien
 - > SCID: Goldstandard, Verweis in Referenzverzeichnis mit Bestätigung Validität
 - > HADS: Verweis in Referenzverzeichnis mit Bestätigung Validität und Cut-off Prüfung in anderer Studie
 - > Beurteilung Gesundheitsteam: Unklarheit ob geeignete Fragestellung > jedoch nicht Goldstandard, vordergründig war nur Untersuchung der Einleitung von Interventionen nach Einschätzung
- Augenscheinvalidität: Erfassen von Daten zur Erreichung Forschungsziel
- Inhaltsvalidität: Vorhandensein Depression anhand Goldstandard SCID

Interne Validität:

- Forschungsziel: Schwerpunkt auf den Vergleich der verschiedenen Messmethoden
- Selektionsbias: Differenzierungen Tumorstadium, Tumorlokalisation, Kliniken, Unterrepräsentation laut Forschenden keine Bewirkung Selektionsverzerrung da Unabhängigkeit Sensitivität und Spezifität von der Prävalenz
- Einschlussfaktoren: Fehlen einer strikteren Begrenzung der Altersspanne, Begrenzung in Kliniken
- Stichprobenziehung: Gelegenheitsstichprobe, konsekutive Patientenaufnahme
- Datenerfassung: Mögliche Unvollständigkeit infolge einmaliger Datenerhebung bei möglich rezidivierendem Verlauf oder Verwechslungsgefahr mit Symptomen wie Angst oder Melancholie
- Variablen: Valide Messverfahren zur Festlegung Vorhandensein Depression
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren, Ungenaue Bestimmung Mittelwert bei der HADS da nur Ordinalskala

Externe Validität:

- Stichprobe: Genaue Charakterisierung, Berücksichtigung von Einschlusskriterien, keine Ausschlusskriterien
- Stichprobenziehung: Keine Zufallsstichprobe was zur Gewährleistung Repräsentativität auf Gesamtpopulation nötig wäre
- Methodik: Passt zur Forschungsziel da sie beide Messinstrumente beinhaltet
- Vollständige Daten: Schwer Nachvollziehbar
- Verzerrungen: Diskussion um auf die Realität zu schliessen, Drop Outs werden erwähnt

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide**. Es handelt sich um eine „single Studie“, das heisst eine nicht bewertete primär datenbasierte Forschungsarbeit in einem Journal.

Zusammenfassung der Studie: "Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What Do We Actually Measure" (Warmenhoven, F., van Weel, C., Vissers, K., Prins, J., 2013)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Konzept / Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientinnen bzw. Patienten der Palliative Care leiden oft an einer Vielzahl von physischen und psychischen Beschwerden, was die Erkennung einer psychischen Erkrankung erschwert <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Untersuchung der körperlichen und psychischen Symptombelastung bei Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Krebsstadium in Relation zu den Ergebnissen der frühzeitigen Identifizierung von Depressionen anhand von vier Messinstrumente (BDI-II, BDI-PC, HADS, MSAS-SF) <p>Theoretischer Bezugsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zwei Studien weisen unterschiedliche Prävalenzen einer Depression auf (6.7% und 1-69%), was möglicherweise von der Verwendung verschiedener Screening- oder Bewertungsinstrumenten abhängig ist Angaben von 106 verschiedenen Bewertungsmethoden, ohne Konsens welches in der spezifischen Situation am besten geeignet ist European Association for Palliative Care: Depression bei mehr als 50 % der Patientinnen bzw. Patienten unerkannt bleibt Eine vorhandene Depression bei Palliativpatienten hat eine negative Auswirkung auf die Linderung physischer Symptome, Adherence und Prognose, was mit Belastungen für Betroffene und das Pflegepersonal einhergeht Verbindung Depression mit einer erhöhten Invalidität, Mortalität, längerem stationären Aufenthalt und Gesundheitskosten Komplexität der Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Symptomen Physische Symptome (Bsp. Müdigkeit, Gewichtsverlust, Konzentrationsprobleme, Sorgen um den Tod) können in depressiven Zuständen aber auch bei unheilbaren Krankheiten auftreten Kürzlich durchgeführte Studie: Hohe ausgeprägte physische Belastung bei Betroffenen im fortgeschrittenen Krebsstadium steht im Zusammenhang mit einer hohen Prävalenz an Stimmungsstörungen Für die Ärzteschaft in der klinischen Praxis ist es oftmals eine herausfordernde Aufgabe, normale Traurigkeit und Not, die mit der Diagnose Krebs in Verbindung steht, von pathologischer Traurigkeit und 	<p>Ansatz/Design</p> <ul style="list-style-type: none"> Beobachtungsstudie mit Fragebogen Verwendung deskriptiver Statistiken Monozentrische Studie <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> Einschlusskriterien: Betroffene im fortgeschrittenen Krebsstadium, geschätzte Lebenserwartung von 2 bis 12 Monaten Ausschlusskriterien: Kein Sprechen der Landessprache (Niederländisch), Leiden an kognitiver Dysfunktion Patientenrekrutierung: Über 13 Monate, akademischen onkologischen und palliativmedizinischen Ambulanz, verschiedene Familienpraxen angegliedert an das medizinische Zentrum der Radboud Universität Nijmegen <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Gelegenheitsstichprobe N = 65 Teilnehmende <p>Messverfahren:</p> <p>Demographie und Geschichte der Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragen bezüglich: Alter, Zivilstand, sozioökonomische Informationen, Bildung, bereits diagnostizierte Depression in der Vergangenheit <p>Beck Depression Inventory (BDI-II)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestand: 21 Fragen, für jede gibt es jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Fragen dreier Teilbereiche: 7 kognitive, 9 somatische, 5 affektive Die Punktzahl kann von 0 bis 63 variieren. Entwicklung: Messung Schweregrads einer Depression Anwendung: Geeignet für die Allgemeinbevölkerung, Betroffene somatischer Erkrankungen (chronischen Schmerzen, Myokardinfarkt), psychometrischen Eigenschaften erwiesen sich bei onkologischen Patienten als zufriedenstellend und geeignet. Cut-off-point von 14: Sensitivität von 90% und Spezifität von 86%. Unterscheidung von anderen Screening-Instrumenten aufgrund hoher Anzahl psychologischer und kognitiven Fragen und infolge dessen Anwendbarkeit bei physischen Erkrankungen Bestätigung der Validität durch Forschende <p>Beck Depression Inventory Primary Care (BDI-PC)</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurzversion von BDI-II Bestand: 7 Fragen BDI-II, unterteilt in kognitive und affektive Fragen. Entwicklung: Erkennung Depression bei somatischen Erkrankungen Cut-off-Point von 4: Sensitivität von 82%, Spezifität von 82% bei stationären Patienten. Validität: Bestätigung durch Forschende, bei heterogenen Krankheitsbilder <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Verwendung: Niederländischen Palliativmedizin als Screening-Instrument Bestand: 14 Fragen, Subskalen Depression und Angst, jeweils 4 Antwortmöglichkeiten zur Selbstbewertung Positiver Befund: Gesamtskala 12 Punkte oder höher, Subskala von Depression oder Angst mehr als 8 Punkte Entwicklung: Betroffene mit somatischen und psychischen Erkrankungen Validität: Bestätigung durch Forschende, bei Allgemeinbevölkerung, Krebspatienten und in Palliativmedizin <p>Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bewertung: Symptompävalenz, Häufigkeit, Schweregrad, Belastung Bestand: 32 physische und psychische Symptome Validität: Bestätigung durch Forschende bei der Messung einer Notlage, hohe Konsistenz, bei Nicht-Krebspatienten und Krebspatienten <p>Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form (MSAS-SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurzversion von MSAS Validität: Bestätigung durch Forschende bei Krebspatienten Entwicklung: Bewertung verursachte Belastung durch Symptome Bestand: Unterteilung in drei Subskalen Bewertung: Notlage, psychische Symptome, physische Symptome Beschreibung verschiedener Symptomcluster 	<p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> 175 potenzielle Teilnehmende 86 Einverständnisklärung Drop Outs: 20 infolge gesundheitlicher Verschlechterung oder Tod, 1 infolge nicht erreichbaren Einschlusskriterien Stichprobe 65 Teilnehmende Geschlecht: 37% Männer, 63% Frauen Alter: zwischen 45 und 89 Jahren, Mittelwert: 65 Jahren. Diagnose: Fortgeschrittene Krebserkrankung Lokalisation: Gemischt, relativ hohe Anzahl Nephroblastom, relativ geringe Anzahl Lungenkrebs Vorherige psychische Erkrankungen: 31% der Teilnehmenden litten schon einmal an einer Depression 14.1% Teilnehmenden zuvor Behandlung mit Antidepressiva 12.3% Teilnehmende währenddessen Behandlung mit Antidepressiva, Gründe unbekannt Tod: Innerhalb ersten drei Monate 16%, innerhalb 6 Monate 34% Ausfüllen Fragebogen: Zehn Patienten benötigten Unterstützung, Mehrheit hatte keine Mühe und fanden es einfach Auslass: Sieben Patienten hatten eine Frage aus dem Fragebogen nicht beantwortet und zwei weitere Patienten haben eine der drei Seiten des BDI-II nicht ausgefüllt, was dazu führte, dass bei ihnen der BDI-II ausgeschlossen wurde. <p>Ergebnisse</p> <p>Depressionen, Angstzustände, Stress und Symptombelastung</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifizierte Depression mit vorgeschlagenem Cut-off-Point: BDI-II 24.6%, BDI-PC 10.8%, HADS-T 36.9%, HADS depression 23.1%, HADS anxiety 15.4 % MSAS-SF: Mehr als 40% erzielten eine hohe Prävalenz folgender Symptomatik: Konzentrationsschwäche, Schmerzen, Energiemangel, Angstzustände, Mundtrockenheit, Übelkeit, Taubheit der Hände oder Füße, Atemnot, Traurigkeit, Sorge, mangelndes sexuelles Interesse, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit, veränderte Geschmackswahrnehmung und Gewichtsverlust. Durchschnittliche Gesamtpunktzahl bei MSAS-SF 23.2 (SD 17.8). <p>Zusammenhang Screening-Instrumenten und Symptomcluster</p> <ul style="list-style-type: none"> Signifikante Korrelation BDI-II mit HADS-Scores und Symptomcluster, gemessen mit der MSAS-SF und ihren Subskalen: Notlage, psychische und somatische Symptombelastung. Signifikante Korrelation BDI-II mit Symptomcluster Müdigkeit, Anorexie, Kachexie, Neuropsychologie, Schwäche und Schmerz. Keinen signifikante Korrelation BDI-II mit Symptomcluster vom oberen Gastrointestinaltrakt, Nausea und Erbrechen, aerodigestive Signifikante Korrelation sowohl somatischen wie auch affektiven Subskalen BDI-II mit MSAS-SF und Subskalen des MSAS-SF bei Symptomen wie Notlage, psychischen und somatischen Symptombelastung Signifikante Korrelation kognitiver Subskala des BDI-II mit MSAS-SF, MSAS-SF-Subskala, psychologischen Symptombelastung Keine signifikante Korrelation kognitiver Subskala des BDI-II mit subskaligen somatischen Symptombelastung Keine signifikante Korrelation kognitiver Subskala des BDI-II mit einem der Symptomcluster Signifikante Korrelation BDI-PC mit MSAS-SF Subskalen und auch mit BDI-PC, der aus dem BDI-II berechnet wurde (r=0.78, P<0,0001) Signifikante Korrelation aller HADS-Scores (Gesamtpunktzahl, Subskalen Angst, Subskala Depression) mit MSAS-SF und dessen Subskalen. Signifikante Korrelation HADS mit Symptomclustern Müdigkeit, Anorexie, Cachexie, Neuropsychologie und Schmerz Keine signifikante Korrelation HADS mit Symptomcluster GI <p>Unterschiede Symptomclustern bei Teilnehmende mit hohem und</p>	<p>Vergleich frühere Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> Wechselwirkung zwischen psychischen und somatischen Symptomen wurde bereits in früheren Studien festgestellt Signifikante Korrelation: Symptome Schwäche und Schmerzen mit Depression laut früheren Studien Bevorzugung BDI-II spezifisch emotionaler und kognitiver Aspekte bei Patienten mit somatischen Erkrankungen <p>Signifikante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Hohe Korrelation verschiedener Screeninginstrumente (HADS, BDI-II, BDI-PC) mit physischen Symptomen BDI-II und HADS identifizierten bei 24.9% bzw. 23.1% der Teilnehmende ein hohes Depressionsrisiko. Diese Prävalenz der Screening-Instrumente wurde schon zuvor bei anderen Studien erwiesen (10 bis 39% bzw. 9 bis 63%). Hochsignifikante Korrelationen zwischen Ergebnissen Screening-Instrumente für Depressionen und körperlichen Symptombelastung Signifikante Korrelation Symptomcluster Müdigkeit/Anorexie/Kachexie, Neuropsychologie, Schwäche, Schmerzen mit Ergebnissen Screening-Instrumente. Anspruchsvolle Interpretation Ergebnisse, vollständige Beurteilung unerlässlich. BDI-II: Speziell für die Messung von Depression entwickelt, misst zusätzlich die physischen Symptome bei Patienten mit fortgeschrittenem Krebsstadium BDI-II: Starke Korrelation mit gewissen Symptomen wie Müdigkeit/Anorexie/Kachexie, Neuropsychologie, Schwäche und Schmerz. Dies ist nachvollziehbar da beispielsweise Müdigkeit und Anorexie zu den diagnostischen Kriterien einer Depression gehören Cluster Neuropsychologie: Umfasst Symptome wie Depression und Konzentrationsverlust Schwierigkeit: Verknüpfung vieler psychischer und physischer Symptome bei Palliativpatienten erschwert Endeffekt Messung und welche Screening-Instrumente für Depression am besten geeignet Bei unheilbaren Krankheiten können viele somatische und emotionale Probleme entstehen oder bereits bestehen, die nicht direkt mit einer Depression zusammenhängen. „Besorgnis oder Grübeln“ können bei Palliativpatienten eher Symptome einer Depression sein, die sich besser von Symptomen einer unheilbaren Krankheit unterscheiden lassen. Beste Unterscheidung kognitive Skala BDI von somatischen Symptombelastung MSAS-SF Beste Messung Depression bei Screening-Fragebögen bei der Verwendung von kognitiven Aspekten wie z.B. Gedanken. Diese Punkte sind bei der kognitiven Subskala des BDI vertreten <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Durchführung am onkologischen Zentrum ohne Beteiligung aller Abteilungen führt zu Unterrepräsentationen gewisser Krebslokalisationen (Bsp. Lungenkrebs) Mögliche Verzerrung da Erhebung des BDI-PC nicht exakt zum gleichen Zeitpunkt wie der Rest, Unterscheidung Bedingungen Teilnehmende während Messmomenten Alle Fragen wurden innerhalb von zwei Wochen beantwortet Hohe Korrelation zwischen BDI-PC und BDI-II extrahierten BDI-PC-Positionen, was auf eine geringe

<p>Stimmungsstörungen zu unterscheiden, die gegebenenfalls psychologische oder psychiatrische Unterstützung erfordern</p> <ul style="list-style-type: none"> Schwierigkeiten beim Angehen emotionaler Probleme durch Ärzteschaft und Betroffene selber <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Systematisches Einsetzen eines spezifischen Screening-Instruments könnte ein Nutzen bei der frühzeitigen Erkennung einer Depression sein Das Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Depression Inventory Primary Care (BDI-PC) und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sind validierte Screening-Tools bei Betroffenen einer Krebserkrankung 	<p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl Patienten durch jeweilig behandelnde Ärzteschaft Erhielten eine schriftliche Information zur Aufklärung der Studie Einwilligungserklärung durch Teilnehmende Zusendung eines Fragebogens mit 87 Fragen, der Zuhause ausgefüllt werden soll: Demographische Informationen, BDI-II, HADS, MSAS-SF Innerhalb von zwei Wochen nach Ausfüllen des ersten Fragebogens wurden die Patienten gebeten, das BDI-PC auszufüllen. Dieses Screening-Instrument wurde nicht beim ersten Fragebogen verwendet, da Abschnitte des BDI-PC ein Teil des BDI-II sind. Auslassungen innerhalb Fragebögen: Ersetzung durch Mittelwert der anderen Fragen, Ausschluss in Analyse bei Auslass für mehr als zwei Fragen <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Daten wurden mittels SPSS 16.0 (IBM, Amsterdam, Niederlande) analysiert. Es wurde für jedes Screening-Instrument ein von der Literatur vorgeschlagener Cut-off-Point festgelegt: BDI-II Cut-off 14, BDI-PC Cut-off 4, HADS-T Cut-off 12, HADS depression Cut-off 8, HADS anxiety Cut-off 8 Nicht parametrische Test: Spearman's rho Test: Berechnung Korrelation zwischen den verschiedenen Screening-Instrumenten, Subskalen und Symptomcluster. Mann-Whitney-u-test: Ermittlung bestehender Unterschiede des körperlichen Symptomprofils bei Patienten mit einer hohen oder einer tiefen Screening-Punktzahl. <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Genehmigung der institutionellen Ethikkommission des medizinischen Zentrums der Radboud Universität Nijmegen 	<p>niedrigem Depressionsrisiko: Ergebnisse BDI-II, BDI-PC, HADS</p> <ul style="list-style-type: none"> BDI-II: Depressiv positiv bewertete Teilnehmende erzielten signifikant höhere Werte für Symptomcluster Müdigkeit / Anorexie / Kachexie, Neuropsychologie, Schwäche, Schmerzen als Teilnehmende die negativ bewertet wurden. BDI-PC: Depressiv positiv bewertete Teilnehmende erzielten signifikant höhere Werte für Symptomcluster Müdigkeit / Anorexie / Kachexie, Schmerzen, oberer Gastrointestinaltrakt, Übelkeit / Erbrechen, Schwäche. HADS: Depressiv positiv bewertete Teilnehmende erzielten signifikant höhere Werte für Symptomcluster Müdigkeit / Anorexie / Kachexie, Neuropsychologie. HADS: Bei Subskalen Depression positiv bewertete Teilnehmende erzielten signifikant höhere Werte für Symptomcluster Müdigkeit / Anorexie / Kachexie, Neuropsychologie, Schmerzen. 	<p>Stimmungsänderung der kurzen Zeitspanne hindeutet</p> <ul style="list-style-type: none"> Drop-Outs: Hohe Anzahl infolge 31% Nichtbeantwortenden, 20% Verweigerungen, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, Tod. Gewöhnlich bei fortgeschrittenen Erkrankungen, schwere Rekrutierung. Behandelnde Ärzteschaft motivierte potenzielle Probanden bei Teilnahme und beurteilte deren Gesundheitszustand Höhere Teilnahme an Studie, wenn behandelnde Ärzteschaft potenzielle Teilnehmende einlädt Selektionsverzerrungen: Auslass hochgradig belastete Patienten durch persönlich behandelnde Ärzteschaft Unwahrscheinlichkeit hoher Verzerrungen: Angesichts hohen Werte für BDI-II Mögliche Verzerrung in Richtung Patientengruppe mit besseren überleben, höhere Anzahl nicht Teilnehmenden die verstarben Mögliche Verzerrungen da mehr Ablehnungen zur Studienteilnahme durch Patientinnen und Patienten mit hoher Symptombelastung und depressive Teilnehmende <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Kritische Reflexion über Einsatz von Screening-Instrumenten für Depression und Nofälle bei Palliativpatienten Komplexe Beziehung physischer und psychischer Belastung kann die aktive Identifizierung einer Depression in der Palliativmedizin erschweren Komplexität der Suche eines geeigneten Screening-Instruments für Depressionen bei Palliativpatienten Unterschiedliche Screening-Instrumente für Patienten mit unterschiedlichen physischen Symptomen Fokus: Je nach klinischem Kontext mehr Erkennung Bedürfnisse Patienten anstatt Beurteilung Leiden oder Depression, patientenbezogen Die klinische Relevanz der verschiedenen Screening-Instrumente auf Depression liegt nicht in der Anzahl an diagnostizierten Depressionen, sondern vielmehr dem Finden einer geeigneten Intervention, die die Patienten sonst nicht bekommen hätten
---	--	--	---

Kritische Würdigung der Studie: "Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What Do We Actually Measure" (Warmenhoven, F., van Weel, C., Vissers, K., Prins, J., 2013)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> Logischer und nachvollziehbarer Argumentationsaufbau <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Explizit erwähnt Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Mögliche Interpretation <p>Praxisrelevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein für die Berufspraxis relevantes Thema ist, da folgende Aspekte thematisiert werden: Aktualität der Thematik Empirische Literatur Zahlen zur Prävalenz <p>Beantwortung Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Phänomen: Situation von onkologischen Patientinnen bzw. Patienten der Palliativcare Der Schwerpunkt liegt aber eindeutig auf der Identifizierung einer Depression mit Hilfe valider Messinstrumente zur Unterscheidung von physischen Symptomclustern Population: Obwohl diese von der Ärzteschaft angewendet werden, könnten diese Aufgabe möglicherweise auch die Pflege übernehmen Somit kann die Studie einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitationen des Phänomens und der Population <p>Empirische Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte bezüglich der aktuellen Situation Bezug auf durchgeführte Studien genommen Daten zur Prävalenz aufgeführt Erläuterung Komplexität des Phänomens in Beziehung mit physischer Symptomatik Der Forschungsbedarf und somit die Auswahl der Messinstrumente werden mit empirischen Daten begründet 	<p>Verbindung Design und Forschungsfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine Begründung, Angaben zum Ansatz Deskriptive Statistik: Sinnvoll aufgrund der tabellarischen Darstellung diverser Messinstrumente Keine Aussagen zur internen und externen Validität <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> Stichprobenziehung: Gelegenheitsstichprobe, keine Gewährleistung totaler Repräsentativität Gesamtpopulation Ein- und Ausschlusskriterien: Vorhanden, Möglichkeit physischer und psychischer Symptomatik Lokalisation: Unklarheit welche Abteilungen Mögliche Verzerrung durch Auswahl potenzieller Teilnehmender durch Ärzteschaft. Möglicherweise hat Ärzteschaft eine betroffene Person vernachlässigt, stark erkrankt wären zur Minimierung der Rücklaufquote Mögliche Verzerrungen: Ablehnung Teilnahme durch Betroffene hoher Symptombelastungen oder stark Depressiver Mögliche Verzerrung: Mehr potenzielle Teilnehmende die nicht an der Studie teilgenommen haben, öfters in den ersten 3 bis 6 Monaten starben, als die die an der Studie teilgenommen haben Stichprobenumfang: Eher gering. Ausreichend da Schwerpunkt auf Identifizierung Drop-Outs: Angaben, beeinflussen die Ergebnisse nicht Keine Vergleichsgruppen vorhanden Gründe für die Ablehnung an der Teilnahme wurden nicht erläutert Rücklaufquote: Eher niedrig, Begründung angegeben Standardisierungsgrad: Mögliche Beeinflussung da 10 Teilnehmende Unterstützung verlangten, ein Messinstrument wurde zu einem anderen Zeitpunkt erhoben <p>Messverfahren / Messinstrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Wird teilweise von Forschenden begründet Mögliche Verzerrung im BDI-II und BDI-PC (bereits oben erwähnt). Gütekriterien: Bestätigung Validität der Messinstrumente, <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> Datenerhebung: Nachvollziehbar Potenzielle Pflegebedürftige durch Ärzteschaft rekrutiert. Keine Erläuterung über genauen Vorgang Mögliche Verzerrung: Erhebung des BDI-PC nicht exakt zum gleichen Zeitpunkt wie der Rest, Unterscheidung Bedingungen Teilnehmende während Messmomenten Mögliche Verzerrung: Infolge Auslass gewisser Fragen, unvollständige Datenerfassung, keine Begründung <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Verfahren: Erläuterung, ist nachvollziehbar. Die statistischen Verfahren sind korrekt eingesetzt worden Darstellung: Tabellarisch, Vergleich verschiedener Messmethoden Signifikanzniveau: 0.05 und 0.01 Signifikanzniveau: Variablen erfüllen vorausgesetzte Datenniveaus Zusätzliche Variablen: Einschlusskriterien Abhängige Variablen: Outcome der Screening-Instrumente BDI-II = Ordinalskala, BDI-PC = Ordinalskala, HADS = Intervallskala, MSAS-SF = Ordinalskala, MSAS = Ordinalskala, Vorhandensein physischer Symptome: Nominalskala Unabhängige Variablen: Demographische Daten, Screening-Instrumente <p>Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Genehmigung Ethikkommission Freiwillige Teilnahme wird ersichtlich 	<p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> Ergebnisse wurden jeweils in Abschnitten erläutert Angaben zum Cut-Off Point, Prävalenz und Signifikanz gemacht Einbezug Symptome Angst und Stress <p>Tabellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Korrekt ausgeführt und präzise dargestellt Nachvollziehbar und erleichtern das Verständnis der erreichten Scores 	<p>Diskussion und Interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Diskussion Aufbau teilweise unverständlich Thematisierung wichtigsten signifikanten Ergebnisse Forschenden nehmen Bezug auf bereits durchgeführte Studien und erstellen so einen Vergleich Es werden Limitationen aufgeführt, die entweder Verzerrungen herbeiführen, vermeiden oder verhindern sollten Die Messverfahren wurden nicht umfassend diskutiert Die Screening-Instrumente mit den besten Ergebnissen werden erwähnt Die Komplexität des Zusammenhangs von physischen und psychischer Symptomatik wird erläutert <p>Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> Bezug zum Forschungsziel Das Forschungsziel wird anhand der Diskussion beantwortet <p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein präziser Praxistransfer Thematisierung Komplexität der Suche eines geeigneten Screening-Instruments Empfehlung: Anwendung unterschiedlicher Screening-Instrumente für Betroffene mit unterschiedlichen Symptomen Fokus liegt je nach klinischem Kontext mehr bei der Erkennung von Bedürfnissen als bei der Beurteilung des Leidens oder der Depression Ausserdem soll der Schwerpunkt mehr auf das Finden einer geeigneten Intervention gelegt werden, als auf die Identifizierung genauer Zahlen

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: “Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What Do We Actually Measure” (Warmenhoven, F., van Weel, C., Vissers, K., Prins, J., 2013)

Objektivität (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Forschungsprozess: Beschrieben
- Standardisierungsgrad: Einige Teilnehmende benötigten Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebogen
- Datenerhebung: Kein einheitlicher Zeitpunkt, was laut Forschenden jedoch wenig Verzerrung herbeiführen sollte
- Durchführungsobjektivität: Erhebung Outcome Variablen anhand Messinstrumente
- Interpretationsobjektivität: Ergebnisse anhand Messinstrumente, selbstständige Durchführung durch Teilnehmende, mögliche unbewusste Manipulation bei denen die Unterstützung benötigten

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Die Datenerhebung ist nachvollziehbar
- Outcome: Messung Variablen v.a. anhand Ordinalskala oder Intervallskala
- Wiederholungsuntersuchungen: Keine Durchführung, jedoch evidenzbasierte Literatur

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Messinstrumente: Bestätigung Validität durch Forschende anhand von früheren Erfahrungswerten
- Eingrenzung Signifikanzniveau bei einigen Resultaten auf 0.01
- Keine Festlegung Goldstandard

Interne Validität:

- Forschung: Schwerpunkt auf Vergleich der verschiedenen Messmethoden
- Selektionsbias: Auslass hochgradig belastender potenzieller Teilnehmender, Unterrepräsentation diverser Tumorlokalisation mit möglichem Einfluss auf physische Symptomatik
- Einschlussfaktoren: Keine Begrenzung Altersspanne, Lebenserwartung schwer festzulegen, keine Definition was fortgeschrittenes Tumorstadium heisst
- Stichprobenziehung: Gelegenheitsstichprobe, konsekutive Patientenaufnahme
- Datenerfassung: Mögliche Unvollständigkeit infolge diverser Lücken die von den Teilnehmenden nicht ausgefüllt wurden
- Variablen: Valide Messverfahren zur Festlegung Vorhandensein Depression
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren, ungenaue Bestimmung Mittelwert bei der HADS da nur Ordinalskala

Externe Validität:

- Stichprobe: Genaue Charakterisierung, Berücksichtigung von Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien,
- Stichprobenziehung: Keine Zufallsstichprobe was zur Gewährleistung Repräsentativität auf Gesamtpopulation nötig wäre
- Methodik: Passt zum Forschungsziel da sie alle Messinstrumente beinhaltet
- Verzerrungen: Diskussion um auf die Realität zu schliessen, mehr Ablehnung der Teilnahme durch potenzielle Teilnehmende mit hoher Symptombelastung und Depressionen, höhere Anzahl Ablehnung Teilnehmenden die verstarben, Drop Outs werden erwähnt, Forschende bestätigen Unwahrscheinlichkeit hoher Verzerrungen angesichts der hohen Werte des BDI-II

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide**.

Zusammenfassung der Studie: „Assessment of Depression After Stroke“ (Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., Kaste, M., 2009)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Konzept/Problematik <ul style="list-style-type: none"> Ca. einen Drittel der ischämischen Schlaganfallbetroffenen erleiden an einer Depression Forschung <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Beschreibung und kritische Überprüfung mehrerer Screening-Instrumente zur Beurteilung die Erkennung einer Depression nach einem Schlaganfall Theoretischer Bezugsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Abgesehen von der Diagnostik anhand eines psychiatrischen Interviews oder der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R2), werden eine Vielzahl von anderen Screening-Instrumenten wie zum Beispiel das Beck Depression Inventory (BDI) und Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) verwendet Diese Screening-Instrumente sind nicht speziell für Betroffene eines Schlaganfalls konzipiert, was bei deren Anwendung Schwierigkeiten aufweisen könnte, da Betroffene oftmals eine Vielzahl physischer und kognitiver Beeinträchtigungen zeigen Vegetative Symptome wie Müdigkeit, psychometrische Retardierung oder Schlaflosigkeit können entweder direkt mit der medizinischen Störung zusammenhängen oder sich als Symptome einer Depression äussern Weiter könnte eine Aphasie das Erkennen einer Depression auf normale Weise unmöglich machen Beschreibung und kritische Überprüfung mehrerer Screening-Instrumente zur Beurteilung einer Depression nach einem Schlaganfall durch Salter et al. In Validierungsstudien zeigten sich der BDI und der HRSD zwar als akzeptable Screening-Instrumente, die Spezifität sei jedoch zu gering, um eine diagnostische Grundlage zu bieten Manche Autorinnen bzw. 	Design <ul style="list-style-type: none"> Längsschnittstudie: Beurteilung von Messinstrumente in 4 Zeitpunkten Erstmalige Durchführung einer solchen Studie Population <ul style="list-style-type: none"> Lokalisation: Abteilung Neurologie, Zentralkrankenhaus Universität Helsinki Einschlusskriterien: Erster ischämischer Schlaganfall Ausschlusskriterien: Patienten >70 Jahre, Alkoholmissbrauch in der Vergangenheit, Demenz, Psychose, aktueller Antidepressiva-Behandlung, schwere Begleiterkrankungen Stichprobe <ul style="list-style-type: none"> N = 92 Teilnehmende Ziehung Gelegenheitsstichprobe: Konsekutive Patientenaufnahme Durchschnittsalter: 55.2 Jahre Geschlecht: 68 männlich, 32 weiblich Differenzierung Schlaganfall: 38 Patienten hemisphärisch Läsion, 42 linke hemisphärische Läsion, 20 Läsion Hirnstammregion. Schweregrad Schlaganfall: Gemessen mit Scandinavian Stroke Scale (SSS), Mittelwert 43.7, SD 11.6 in Akutphase Kognitive Funktion: Gemessen mit umfassenden neuropsychologischen Testreihe (Albert Test, Fingerklopfen, etc.) Aphasie: Gemessen mit Western Aphasia Battery = Bei 31% Teilnehmenden bestehende Aphasie Bestätigung, dass Patientengruppe bereits früher ausführlich beschrieben wurde Messverfahren <ul style="list-style-type: none"> Goldstandard: Diagnostizierung Depression: DSM-III-R durch Neurologe (H.P.) Selbstbewertungsinstrument: BDI bei Bedarf durch Teilnehmende Beobachtungsinstrument: HRSD vom Neuropsychologen (A.B) VAMS: Vertikale Linie mit gegenüberstehendem traurigen und lachenden Gesicht zur Bewertung der Stimmung Einstufung als Depressiv: Bei erforderlicher Dichotomie und Markierung der Linie näher am negativen Punkt. Andernfalls wurde das VAMS als kontinuierliche Variable verwendet Clinical Global Impression (CGI): Bewertung durch Neurologe und Study Nurse. In der weiteren Analyse Verwendung Mittelwert CGI-Bewertungen Datenerhebung <ul style="list-style-type: none"> 5 Zeitpunkte: Untersuchung nach 2 Wochen (Akutphase), nach 2, 6, 12, 	Rücklaufquote <ul style="list-style-type: none"> 100 Teilnehmende zu Beginn der Studie Nach 2 Monaten: 100 Teilnehmende Nach 6 Monaten: 96 Teilnehmende Nach 12 Monaten: 93 Teilnehmende Nach 18 Monaten: 92 Teilnehmende → Rücklaufquote: Hoch, keine Angaben Drop-Outs Informationen <ul style="list-style-type: none"> Ca. 90% Teilnehmenden in der Akutphase: Beurteilung mittels dem DSM-III-R, BDI und HRSD CGI: höchste Machbarkeit VAMS: niedrigste Machbarkeit Folgezeit: Variation Quoten zwischen 92% und 96% mit DSM-III-R, BDI und HRSD und zwischen 99% und 100% mit CGI. 98 Fällen: Identifizierung einer Person als engstes Bindeglied zum Betroffenen Prävalenz von Depression <ul style="list-style-type: none"> Diagnostizierung Depression mit DSM-III-R: Benötigung von mindestens 5 verschiedene Symptome aus den 9 aufgelisteten Depressionssymptomen. → Ein Symptom muss entweder die depressive Stimmung oder der Verlust von Interesse/Vergnügen sein Mehrere Fragebögen und andere Messinstrumente: Entwicklung zur Beurteilung Schweregrad Depression, Möglichkeit zur Verwendung zum Screening und Identifizierung Cut-off-Points: Abhängig von der Stichprobe und benötigten Sensitivität und Spezifität. DSM-III-R: Niedrigsten Prävalenzraten, Identifizierung 6% bis 16% schwere Depression BDI: Verwendung Cut-off von 10, Identifizierung 23% bis 29% Depression HRSD: Verwendung Cut-off von 10, Identifizierung 10% bis 14% CGI: Insgesamt 22% bis 27% leichte Depression CGI: Signifikante Korrelation Resultate 3 Bewertenden (Spearman $r=0.6$ bis 0.87, $P < 0.01$), Mittelwert CGI an jedem Bewertungspunkt (Spearman $r=0.83$ bis 0.95, $P < 0.01$) Höchst erzielte Quoten: Durch stationäre Pflegefachpersonal und Bezugspersonen Ca. 50% Teilnehmenden: Eingestuft als Depressiv anhand CGI, BDI Unterscheidungskraft der Methoden mit DSM-III-R als Kriterium <ul style="list-style-type: none"> CGI: Sensitivität 0.80, Spezifität 0.79 in Akutphase, Nachbeobachtung 0.82 bis 1.00 Cut-off-Points 10: BDI empfindlicher (0.71 bis 1.00) als HRSD, HRSD trotzdem höhere Spezifität (0.92 bis 0.94) BDI: Höchste Sensitivität und Spezifität nach 12 Monaten, kein Fehlen von Teilnehmenden mit schwerer Depressionsdiagnose HRSD: Höchste Sensitivität und Spezifität nach 2 Monaten, danach Verschlechterung Sensitivität. Beurteilung Pflegepersonal: Geringe Sensitivität und Spezifität Beurteilung stationäres Pflegepersonal: Identifizierung 80% der depressiven Patienten, dennoch geringe Spezifität VAMS: Keine Analyse Charakteristika der Empfangenden in Akutphase, aus technischen Gründen nur von 42 Patienten aufgezeichnet. VAMS: nicht zufriedenstellendes Messinstrument Depression, erst nach 18 Monaten signifikant Sensitivität der Symptome <ul style="list-style-type: none"> BDI und HRSD: Die interne Konsistenz zu jedem Zeitpunkt zufriedenstellend mit Cronbach-Alpha-Werten von 0.82 bis 0.86 bzw. 0.70 bis 0.84, signifikante Korrelation beider Messinstrumente während Nachbeobachtung (Spearman $r=0.63$ bis 0.71, $P < 0.001$) Subskalen BDI: kognitiven/affektiven (1 bis 14), somatische (15 bis 21), Korrelation beider Subskalen mit BDI (Spearman $r=0.78$ bis 0.91 und 0.75 bis 0.89 bzw. $P < 0.01$). Interne Konsistenz in der affektiven Subskala vorteilhaft (0.85 bis 0.91), nicht jedoch in der somatischen Subskala (0.37 bis 0.56). Somatische Subskala: Häufiger Symptome bei Teilnehmenden im Alter über 55 Jahren als jüngere Patienten in der Akutphase (4.9 versus 3.0, $P < 0.01$) und nach 2 Monaten (4.2 versus 2.9, $P < 0.01$). SSS: Tendenziell höhere Werte der kognitiven, affektiven und somatischen Subskalen bei Teilnehmenden mit niedrigen SSS, als bei Teilnehmenden mit höherem SSS. Keine statistische Signifikanz dieser Unterschiede Lokalisation Hemisphäre: Ähnliche Werte in Subskalen bei Teilnehmenden in den 3 	Information <ul style="list-style-type: none"> Die Studie liefert Längsschnittdaten zu verschiedenen Messinstrumenten zur Beurteilung von Depression bei Betroffenen eines Schlaganfalls Erste Studie in diesem Ausmass Drei Folgestudien Daten zur allgemeinen Sensitivität und Spezifität der untersuchten Messinstrumente Daten über die Sensitivität der verschiedenen Symptome während der Nachbeobachtung Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> Kaum Unterscheidungen in der Durchführbarkeit der verschiedenen Messinstrumente für eine Depression. VAMS: Erwies sich für die Anwendung bei Betroffenen mit einer Aphasie als nicht einfacher als eine herkömmliche verbale Massnahme, Hauptursache für die Nicht-Durchführung der Messinstrumente war die Aphasie CGI: Hebt sich in dieser Hinsicht von den anderen Messinstrumenten ab Grössere Unterschiede bei den Prävalenzraten für Depressionen mit den verschiedenen Messinstrumenten festgestellt 6% bis 16% der Betroffenen wurden mittels DSM-III-R (ähnlich wie DSM-IV-TR), als schwer Depressiv eingeschätzt während das Pflegepersonal etwa bei 50% eine Depression einschätzte. Variation Sensitivität und Spezifität der verschiedenen Ratingskalen während Nachbeobachtung Wenig Evidenz in Bezug auf Sensitivitäts- und Spezifitätsraten bei der Beurteilung von Depressionen nach einem Schlaganfall BDI: Cut-off 9 von 10, Sensitivität vergleichbar mit früheren Studien Sensitivität: Rückläufig in der Nachbeobachtung Sensitivität und Zuverlässigkeit BDI: Erhöht in der Nachbeobachtung Cut-off: Niedrigere Cut-off nach 6 Monaten und kein Empfehlen höherer Cut-off als die Verwendeten, Meinungsverschiedenheit zu Folgestudien Screening-Instrument: Hohe Sensitivität wichtiger als hohe Spezifität, sodass alle Erkrankten identifiziert werden BDI: Bewertet als akzeptables Screening-Instrument, nicht spezifisch genug für das Einsetzen als diagnostisches Instrument HRSD: Geringere Sensitivität jedoch höhere Spezifität als BDI, kein Vergleich Folgestudien Verbindung affektiver und somatischer Elemente im Zusammenhang mit Depression BDI: Einteilung in kognitive und somatische Subskala, somatische Subskala keine gute Beständigkeit, denn die somatischen Symptome können auf unterschiedlichen Ursachen beruhen BDI-Elementen: Häufigste Angaben „Entmutigung in Bezug auf die Zukunft in der Akutphase, nach 18 Monaten, für schwere Depression, BDI und CGI Alle Instrumente Akutphase: Häufigste Angaben zu „Gefühl von Versagen, Schuldgefühle und unattraktiv aussehen“. Alle Instrumente nach 18 Monaten: Häufigste Angaben zu „Traurigkeit, Unzufriedenheit, Enttäuschung, Verlust des Interesses an Menschen und Entscheidungsschwierigkeiten“. Keine Verbindung Gewichtsverlust mit Depression, Vergleich Literatur bei der Appetitlosigkeit häufig erscheint Weinen: Häufige Angaben bei CGI in Akutphase, weniger bei schwerer Depression und BDI Änderung Symptomatik die Depression charakterisieren zwischen subakuten und chronischen Poststroke-Periode Symptome als Funktion Lateralität: Literatur bestätigt ähnliches Muster depressiven Symptomatik in beiden hemisphären Gruppen VAMS: Weniger erfolgreich als BDI. Wenn sich die Stimmung des Betroffenen nicht mit dem BDI oder DSM beurteilen lässt, lässt sie sich auch nicht mit dem VAMS beurteilen, Übereinstimmung Literatur. VAMS-Werte: Im ersten Jahr nach dem Schlaganfall nicht zufriedenstellend mit anderen Messinstrumenten vergleichbar, Übereinstimmung Literatur Korrelation VAMS und anderen Massnahmen Depression erstmals nach 18 Monaten bei allen Betroffenen und überhaupt nicht bei Betroffenen einer Aphasie oder Aufmerksamkeitsstörung, Vergleich Literatur Übereinstimmung, Vergleich Literatur nur möglich bei Betroffenen ohne Aphasie oder normalen Freiwilligen VAMS: Bewertung als kein zuverlässiges Messinstrument zur Beurteilung der Depression nach einem Schlaganfall bei Betroffenen mit Aphasie oder anderen

<p>Autoren befürworten die Anwendung der DSM-Kriterien, ungeachtet der natürlichen Art und Herkunft der Symptomatik und sehen sowohl psychologische wie auch somatische Symptome als Assoziation der Depression nach einem Schlaganfall an</p> <ul style="list-style-type: none"> Andere Autorinnen bzw. Autoren betonen Unterschiede in den Symptomenprofilen zwischen poststroke und endogener Depression. Sie empfehlen, dass die Diagnose stärker auf nicht somatischen Symptomen festgelegt oder verschiedene Symptome in ihrer diagnostischen Sensitivität berücksichtigt werden sollten Die Verwendung der Visual Analogue Mood Scale (VAMS) bei Betroffenen mit Schlaganfall mit eingeschränkter Sprachfunktion wird nur in einigen Studien vage unterstützt In einer Folgestudie wurden Unterschiede zwischen akuten und chronischen Poststroke-Perioden untersucht <p>Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Es sind mehr Informationen bezüglich Reaktionsfähigkeit der Massnahmen zur zeitlichen Veränderung und der Angemessenheit von Cut-off als Grenzwerte erforderlich Zusätzlich zeigen die Validierungsstudien nicht auf, ob es schlaganfall- oder patientenbezogene Faktoren sind, welche die Sensitivität des Screening-Instrumente beeinflussen Studien zur Validität und Reliabilität verbaler Instrumente bei Betroffenen mit Aphasie sind selten Nur wenige Studien verwendeten die Beobachtung durch das Pflege- oder Rehabilitationspersonal wie auch Proxy-Rating zur Beurteilung von poststroke Depression. 	<p>18 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> Wiederholung Depressionsbewertung und SSS-Bewertung nach jedem dieser Zeitpunkte Neuropsychologische Bewertung zur Ermittlung kognitiver Funktionen: Nach Akutphase, nach 12 Monaten, teilweise nach 6 Monaten CGI: Nach Akutphase durch stationäre Pflege während klinischer Routinearbeit BDI: Durch betreuende Person nach 6, 8 Monaten BDI: Bewertung Stimmung Pflege nach Akutphase, 6, 18 Monaten <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Berechnung Rücklaufquoten einzelner Instrumente Vergleich Prozentsätze depressiven Teilnehmenden anhand verschiedener Kriterien Berechnung Trennschärfe (discriminatory power), Empfindlichkeit, Spezifität Instrumente: DSM-II-R als Referenz Beurteilung verschiedener Cut-off Points: Ermittlung Betriebskennlinien Empfängers, Berechnung Fläche unter Kurve Cronbachs Alpha: Interne Konsistenten BDI und HRSD Einseitige Varianzanalyse: Vergleich verschiedener Symptome zwischen den verschiedenen Patientengruppen Untersuchung Sensitivität einzelner depressiver Symptome und deren Beitrag zur Diagnose der Poststroke Depression Berechnung Diskriminanzmodell: Basierend auf den Scores für die einzelnen Punkte (Items) des BDI. Vorhersage, ob Teilnehmende nach den verschiedenen angewandten Instrumenten als depressiv oder nicht depressiv eingestuft werden. Ermittlung Korrelationskoeffizienten mit Diskriminanzfunktion für einzelnen Items. Spearman Korrelation, multiple lineare Regressionsanalyse, logistische Regressionsanalyse: Analyse der Unterschiede Signifikanzniveau 0.05 in allen Analysen Auswertung Daten mit dem SPSS Statistikpaket 	<p>verschiedenen Gruppen (linke Hemisphäre, rechte Hemisphäre und Hirnstamm)</p> <ul style="list-style-type: none"> Geschlecht: Höhere Werte Männer nach 18 Monaten als Frauen bei allen Subskalen Bewertung Sensitivität depressiver Symptome BDI als Klassifizierungskriterien: Diskriminanzmodelle schwerer Depression (DSM-III-R), BDI (Cut-off 10), CGI, Pflege CGI, Pflege BDI, VAMS (Cut-off 50mm), Messinstrumente mit DSM, BDI, CGI, Pflege CGI signifikant Messinstrumente mit VAMS und Pflege BDI nicht signifikant Unterscheidungskriterien akute Phase: Bei schwerer Depression in BDI und CGI beispielsweise Gefühle wie Entmutigung über die Zukunft, Misserfolg, Schuldgefühle und sich unattraktiv fühlen wichtige Faktoren. Unterscheidungskriterien 18. Monat: Traurigkeit, Unzufriedenheit, Entmutigung über die Zukunft, Enttäuschung, Interessensverlust an Menschen, Entscheidungsschwierigkeiten <p>Pflegepersonal-Bewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> BDI: Bewertung depressiver Symptome durch Pflegepersonal nach 6 Monaten etwa um 4 Punkte mehr als die Teilnehmenden selbst 11.2 (SD, 8.5) versus 6.6 (SD, 5.5), nach 18 Monaten 10.8 (SD, 8.0) versus 6.9 (SD, 6.6) ($P < 0.001$). Unstimmigkeit der Bewertungen: Signifikant höher nach 6 Monaten bei Teilnehmenden mit einem schweren Schlaganfall (SSS Akutphase 48; 6.7 (SD, 6.9) vs. 3.0 (SD, 8.6), $P < 0.05$). Kein signifikanter Unterschied bei Nicht-Ehepaaren als bei Ehepaaren, zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmenden, zwischen unterschiedlichen Läsionsstellen. Signifikante Korrelation Beurteilung Pflege und eigene BDI Teilnehmende (0.60 bis 0.61, $P < 0.001$), höher als Bewertung der Teilnehmenden durch Pflege (0.37, $P < 0.005$ bis 0.43, $P < 0.001$). Lineare Regressionsanalyse: nach 6 Monaten ($F(3.75)=22.83$, $P < 0.001$, adjusted $r^2=0.46$) höhere Unstimmigkeit unabhängig voneinander mit höheren Werten für Pflege BDI und niedrigerer Werte für eigenen BDI Teilnehmende. Ähnliche Ergebnisse nach 18 Monaten ($p < 0.001$) Einteilung Teilnehmende mit Bezugsperson in zwei Gruppen: Vergleich Teilnehmende-Betreuervariablen zwischen Gruppen mit t-test. Erste Gruppe: Einstufung Teilnehmende als depressiv von Pflege, nicht jedoch von Forschenden Zweite Gruppe: Einstufung Teilnehmende als depressiv von Forschenden, nicht jedoch von Logistische Regressionsanalyse: Höherer BDI durch Betreuende nach 6 und 18 Monaten in der ersten als in der Zweiten Gruppe Signifikante Kovariablen Modelle mit Teilnehmende BDI, Pflege BDI und SSS. Pflege BDI war der einzige unabhängige Prädiktor. <p>Visuelle analoge Stimmungsskala</p> <ul style="list-style-type: none"> Assoziation zwischen dem VAMS und BDI: Bei allen Teilnehmenden mit oder ohne Aphasie, Aufmerksamkeitsstörung, eingeschränkter Handmotorik, Schwere des Schlaganfalls. Zur Identifizierung verschiedener Untergruppen mit verschiedenen Arten von Assoziationen Signifikante Korrelation VAMS mit BDI Aphasie nach 18 Monaten (0.52, $p < 0.001$) Keine signifikante Korrelation VAMS mit BDI bei Teilnehmende mit Aphasie während ganzer Nachbeobachtung (Aphasia Quotient 93.8), bei Teilnehmenden ohne Aphasie nach 18 Monaten (0.60, $p < 0.001$) Albert-Score < 40: Hinweis Vernachlässigung oder Aufmerksamkeitsstörungen. Keine signifikante Korrelation zwischen VAMS und dem BDI auch während Nachbeobachtung. Signifikante Korrelation Teilnehmende mit normalen Testergebnissen in der Akutphase (0.45, $p < 0.01$), nach 6 Monaten (0.35, $p < 0.05$) und nach 18 Monaten (0.49, $p < 0.001$). Fingertipp Test: Hinweis auf motorische Störung links oder rechts, häufiger signifikante Korrelation VAMS und BDI in der motorisch schwächeren Gruppe Signifikante Korrelation: Teilnehmenden mit Defizit in der rechten Hand in der Akut-Phase (0.75, $p < 0.01$) und nach 18 Monaten (0.57, $p < 0.05$). Bei Teilnehmenden mit Defizit in der linken Hand nach 6 Monaten (0.51, $p < 0.05$) und nach 18 Monaten (0.50, $p < 0.01$). Signifikante Korrelation: Teilnehmende der motorisch stärkeren Gruppen nach 18 Monaten (rechts 0.50, links 0.53, $p < 0.001$) Identifizierung ähnlicher Unterschiede bei Einteilung Teilnehmenden auf Grundlage der SSS, was auf die Gesamtschwere des Schlaganfalls hinweist Signifikante Korrelation schwächere Gruppe (SSS<44) in der akuten Phase (0.60, $p < 0.05$), in 12 Monaten (0.47, $P < 0.05$) und in 18 Monaten (0.47, $P < 0.05$) Signifikante Korrelation stärkeren Gruppe nach 18 Monaten (0.54, $p < 0.001$). 	<p>kognitiven Beeinträchtigungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflege BDI: Weder sensibel noch spezifisch gegenüber DSM-Kriterien, Keine Übereinstimmung Literatur Pflege: Bewertung Betroffene als depressiver als die Betroffenen selbst Gewisse Korrelation zwischen den Bewertungen des Pflegepersonals und der Bewertung der Betroffenen selber gab, Vergleich Literatur Übereinstimmung Uneinigkeits Pflegepersonal und Betroffene: Höher nach 6 und 18 Monaten, hohe BDI-Werte Pflege, niedrige BDI-Werte Betroffene Unstimmigkeiten Pflege BDI und Projektpflege CGI: Diskrepanz die mit Depression des Pflegepersonals verbunden ist Stimmung des Pflegepersonals: Wird als relevant bewertet bei der Beurteilung der Stimmung eines Betroffenen mit welchem man in einer engen Beziehung steht Einsatz Informanten: Häufigste adaptive Methode zur Beurteilung von Betroffenen mit Aphasie, Vergleich Literatur zeigt die Erhöhung der Machbarkeit jedoch die Verringerung der Validität bei der Unterstützung der Angehörigen und Mitarbeitenden Schlussfolgerung: Pflegepersonal gilt als wertvolle Informationsquelle, Verwendung ihrer Bewertungen einer Depression mit Bedacht und Vorsicht. Geschultes Studienpersonal mit besonderem Interesse an Depression zeigte eine bessere Beurteilungsgenauigkeit Notwendigkeit: Spezielle Ausbildung für Pflegefachpersonen, Instruktion über die Symptomatik der Depression <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Einschränkung Einsatz differenziert Analysen mit Untergruppen infolge der Grösse der Stichprobe Teil einer Behandlungsstudie Nicht Berücksichtigung Betroffene ab 70. Lebensjahr und Betroffene mit weiteren schweren gesundheitlichen Problemen, welche möglicherweise Medikation einnehmen: Mögliche Reduzierung Symptomatik Depression, konservative Ergebnisse Vorteile der guten Nachbeobachtungsrate und der breit untersuchten Betroffenen Vorteile der Ausschlussfaktoren: Bessere Untersuchung Auswirkungen eines Schlaganfalls auch ohne sehr grosse Stichprobengrösse Lerneffekt: Durchführbarkeit Massnahmen kann sich im Laufe der Studie infolge des Lerneffekts erhöhen, laut Forschenden im Vergleich zur kognitiven Erholung und den Anforderungen der Massnahmen von untergeordneter Bedeutung, lange Intervalle Nachbeobachtung, gleiche Intervalle für jedes Instrument Die Reliabilität des Pflegepersonals bei der Beobachtung oder Erkennen einer Depression wurde nicht untersucht. Somit können die Ergebnisse nur als vorläufig betrachtet werden. Das Problem bei der Bewertung des Pflegepersonals ohne Ausbildung war die schlechte Spezifität; die Hälfte der Betroffenen wurde als depressiv eingestuft, viele falsch-positive Bewertungen. <p>Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstbewertungsinstrument nützlich bei der Früherkennung einer Depression bei Betroffenen eines Schlaganfalls Bsp. BDI: Benötigt keine psychiatrischen Fachkräfte oder speziell ausgebildetes Pflegepersonal, zufriedenstellende Sensibilität CGI: Ziemlich zufriedenstellende Screening-Instruktion für weitere Beurteilungen Pflege: Identifizierte am meisten Betroffene mit Depressionen, schlechte Spezifität, angemessene Sensitivität von 80% Keine Verlässlichkeit auf VAMS und Bewertungen durch Betreuende Person VAMS: v.a. im ersten Jahr nach dem Schlaganfall, bei Aphasie und bei kognitiver Beeinträchtigung eine unzureichende Sensitivität und Spezifität Betreuende Personen oder Angehörige: Bewerten Depressionen der Betroffenen oft als schwerer als Betroffene selbst, Beeinflusst von eigener Stimmung oder eigener Depression Verschiedene Bewertungsmethoden können auf unterschiedlichen Symptomen beruhen da sich die Symptomatik der Depression von der Akutphase zur chronischen Poststroke-Periode ändern könnte <p>Vergleich Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Studie von House et al., Aben et al., Lincoln et al., Andersen et al., DeCoster et al., Stein et al., Williams et al., Tang et al., Stern et al., Arruda et al., Price et al., Paradiso et al. und Laska et al. sind Studien die sich ebenfalls mit diesem Phänomen beschäftigen. Es wurde noch keine Studie durchgeführt mit einer Proxy-Bewertung bei Poststroke Depression. <p>Zukünftiger Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> Es benötigt mehr Forschung bei der Beobachtung und bei CGI basierten Bewertung anstatt sich auf VAMS und Proxy zu verlassen
---	---	---	---

Kritische Würdigung der Studie: „Assessment of Depression After Stroke“ (Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., Kaste, M., 2009)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Aufbau <ul style="list-style-type: none"> Logischer und verständlicher Argumentationsaufbau Eingehen auf die Thematik mit empirische Literatur Forschung <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel: Von den Forschenden wird mehr die Untersuchung wie ein explizites Forschungsziel angegeben Forschungsfrage: Fehlt Forschungshypothese: Es kann eine Forschungshypothese interpretiert werden Praxisrelevanz <ul style="list-style-type: none"> Es wird angenommen, dass es ein für die Berufspraxis relevantes Thema ist, da folgende Aspekte erwähnt werden: <ul style="list-style-type: none"> Aktualität der Thematik Vergleich diverser empirischer Studien Hohe Häufigkeit Beantwortung Fragestellung <ul style="list-style-type: none"> Phänomen: Die Studie beschäftigt sich mit der Situation von Betroffenen eines Schlaganfalls Die Identifizierung der Depression anhand von Screening-Instrumenten steht im Vordergrund Schlaganfälle sind häufige Diagnosen von Patientinnen und Patienten im Akutspital Die Studie kann einen Beitrag zur Beantwortung der in der Bachelorarbeit gesetzten Fragestellung leisten Trotz der gewählten Limitation des Phänomens Empirische Literatur <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungswerte bezüglich der aktuellen Situation Epidemiologische Zahlen Bezug auf bereits durchgeführte Studien genommen, welche die aktuelle Situation schildern Der Forschungsbedarf wird mit empirischen Daten und Forschungslücken begründet, für genaue Angaben wird in das Referenzverzeichnis verwiesen 	Verbindung Design und Forschungsfrage <ul style="list-style-type: none"> Designwahl: Keine Definition und Begründung Längsschnittstudie: Beurteilung von Messinstrumente mittels Längsschnittdaten. Panelbefragung → Design nachvollziehbar und sinnvoll aufgrund mehrerer Messzeitpunkte der jeweiligen Screening-Instrumenten und dem Vergleich. Ausserdem besitzt die Längsschnittstudie eine höhere externe Validität. In der Studie wird jedoch weder auf die interne noch externe Validität eingegangen. Panelbefragung: Zu allen Messzeitpunkten gleiche Teilnehmenden, stärkt Aussagekraft → Wichtigkeit einer hohen Rücklaufquote und wenig Drop-Outs, persönliche Veränderungen könnte zum Verlust Repräsentativität Teilnehmenden in Bezug auf Grundgesamtheit führen Stichprobe <ul style="list-style-type: none"> Ziehung Gelegenheitsstichprobe: Patientenrekrutierung durch Forschende könnte Selektionsverzerrung auslösen Einschlusskriterien: Keine Angaben Ausschlusskriterien: Keine Begründung, kritische Hinterfragung, genaue Definition Begleiterkrankung, mögliche Verzerrung durch Behandlung mit Antidepressiva Rücklaufquote: Hoch, keine Begründungen Messinstrumente: Sinnvoll bezüglich Aphasie, kognitiven Einschränkungen, Schweregrad des Schlaganfalls → Datenverzerrung infolge diverser Defizite? Keine Vergleichsgruppen: Zwischen Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Aphasie. Umfang: Stichprobengrösse ist angemessen. Nicht vollständig nachvollziehbar. Drops-Outs: Keine Angaben Messinstrumente <ul style="list-style-type: none"> Auswahl: Angaben im Methodenteil, keine konkrete Begründung der Auswahl, unübersichtliche Beschreibung → Wichtigkeit Konstanz und Validität der Messinstrumente bei jedem Zeitpunkt Beschreibung mit welchem Instrument was gemessen wird: Stärkung interner Validität Gütekriterien: Keine Angaben, Verweise ins Referenzverzeichnis, Angaben in früheren Studien Abhängige Variablen: Outcome Messinstrumente > BDI, HRSD, VAMS, CGI, DSM-III-R, Aphasie Unabhängige Variablen: Messinstrumente, Stroke (Lokalisation Läsion), Alter, Geschlecht, Zeitpunkte t 1-5 Zusätzliche Variablen: Ein- und Ausschlusskriterien, demographische Daten Datenerhebung <ul style="list-style-type: none"> Ablauf: Keine übersichtlichen Angaben, nur Angaben zur Messzeitpunkte Datensättigung: Keine Angaben Kompletter Datensatz: Keine exakten Angaben Standardisierungsgrad: Keine Gewährleistung da nicht überall dieselbe Erhebungsmethode Datenanalyse <ul style="list-style-type: none"> Klare Beschreibung, sinnvoll eingesetzt Skalenniveau: BDI: Ordinalskala, HRSD: Ordinalskala, VAMS: Ordinalskala, CGI: Ordinalskala, DSM-III-R: Nominalskala, Aphasie ja/nein: Nominalskala Signifikanzniveau 0.05 und teilweise 0.01 → In der Studie wird 0.05 bestätigt Ethik <ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben Ethikkommission, Einverständniserklärung, freiwillige Teilnahme 	Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> Einteilung in Teilbereiche Bestimmte Ausdrücke schwer verständlich und nicht nachvollziehbar Einige Ergebnisse erscheinen irrelevant in Bezug auf die Forschung Die statistischen Verfahren lassen das ganze Verfahren sehr komplex darstellen, der Überblick ist nur schwer zu behalten Angaben sind präzise gemacht inklusiv Signifikanzniveau Tabellen <ul style="list-style-type: none"> Übersichtlich und entsprechen den folgenden Kriterien der Längsschnittstudien Sie dienen der Veranschaulichung und enthalten zusätzliche Informationen 	Diskussion und Interpretation <ul style="list-style-type: none"> Teilweise unverständlicher Aufbau Unübersichtlich, Umfang ist nicht angemessen Alle wichtigen Ergebnisse aufgelistet und teilweise begründet Es werden nochmals die wichtigsten Punkte herausgefiltert und aufgelegt Wenig signifikanten Ergebnisse für den Praxistransfer Limitationen werden erwähnt Es werden diverse andere Resultate von Studien aufgeführt und verglichen Zukünftiger Forschungsbedarf wird nur kurz erläutert Praxis <ul style="list-style-type: none"> Die Studie gewährleistet einen Einblick in die Komplexität dieser Thematik Relevante Anhaltspunkte für einen Praxistransfer Diverse Datenverzerrungen können vermutet werden infolge der Stichprobenziehung weitere Forschungen wären notwendig Forschung <ul style="list-style-type: none"> Forschungsziel wurde teilweise beantwortet Unterstützende Interpretationen

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels: „Assessment of Depression After Stroke“ (Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., Kaste, M., 2009)

Objektivität (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Datenerhebungsprozess: Keine vollständige Beschreibung
- Standardisierungsgrad: Verschiedenen Tests durch verschiedene Personen der Ärzteschaft oder Pflege
- Datenverzerrungen: Keine Differenzierung zwischen Betroffenen einer Aphasie und ohne Aphasie
- Durchführungsobjektivität: Erhebung Outcome Variablen anhand Messinstrumente
- Interpretationsobjektivität: Fehlende Expertise des Pflegefachpersonal, mögliche Beeinflussung bei der Datenerhebung, durch betreuende Person

Reliabilität (Zuverlässigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Datenerhebung nicht durchgängig nachvollziehbar
- Outcome: Messung Variablen v.a. anhand Ordinalskala
- Bestätigung einer Folgestudie
- Wiederholungsuntersuchung: Keine Durchführung, jedoch evidenzbasierte Literatur
- Erstmalige Durchführung grösseren prospektiven Studie
- Reliabilität der Expertise des Pflegefachpersonals wird von den Forschenden kritisch diskutiert

Validität (Gültigkeit): (Bartholomeyczik 2008, S.75)

- Messinstrumente: Bestätigung Validität durch Forschende anhand von früheren Erfahrungswerten → Anwendung bei Schlaganfall Betroffenen ist kritisch zu hinterfragen
- Festlegung Goldstandard
- Verweise ins Referenzverzeichnis

Interne Validität

- Forschung: Schwerpunkt auf Vergleich der verschiedenen Messmethoden
- Selektionsbias: Möglicher Auslass hochgradig belastender potenzieller Teilnehmender, Vorhandensein einer Aphasie erschwert Erkennen Depression
- Ausschlussfaktoren: Kritisch zu betrachten, in Bezug auf die Behandlung mit Antidepressiva und Begleiterkrankungen
- Stichprobenziehung: Gelegenheitsstichprobe, konsekutive Patientenaufnahme
- Skalenniveau: Variablen erfüllen das vorausgesetzte Skalenniveau der statischen Analyseverfahren

Externe Validität

- Stichprobe: Genaue Charakterisierung, Berücksichtigung Ausschlusskriterien zur besseren Untersuchung Auswirkungen eines Schlaganfalls auch ohne sehr grosse Stichprobengrösse
- Stichprobenziehung: Keine Zufallsstichprobe was zur Gewährleistung Repräsentativität auf Gesamtpopulation nötig wäre
- Design: Passend, Zu allen Messzeitpunkten gleiche Teilnehmenden stärkt die Aussagekraft, weshalb eine hohe Rücklaufquote und wenig Drop-Outs wichtig sind, persönliche Veränderungen könnte zum Verlust Repräsentativität Teilnehmenden in Bezug auf Grundgesamtheit führen
- Methodik: Einbezug aller Messinstrumente, beinhaltet zusätzliches Messinstrument bezogen auf die Aphasie
- Verzerrungen: Diskussion um auf die Realität zu schliessen, Drop Outs werden nicht erwähnt, Nicht Berücksichtigung Betroffene ab 70. Lebensjahr und Betroffene mit weiteren schweren gesundheitlichen Problemen was Symptomatik Depression reduziert und erkennen schwieriger macht
- Teil einer Behandlungstudie mit Lerneffekt nach bestimmten Zeitpunkten möglich

Level 6S Pyramide nach Di Censo (2009): Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide.**

Anhang E

Training in the Assessment of Depression nach Brown et al. (2010)

Wer	Zwei Ausbildenden des TRIAD-Trainingsversuch
Was	Schulung zur Verbesserung der Fähigkeiten des Pflegefachpersonals bei der Erkennung einer Depression bei medizinisch kranken, älteren Erwachsenen der häuslichen Pflege
Wie	Beinhaltete Unterrichtsstrategien, Verhaltensänderung und aktives Lernen zur Depressionserkennung. Angebot realistischer Patientenbegegnungen, die einen Ansatz zur Patientenbefragung darstellten. Darstellung der Symptomatik einer Depression und Suizidgedanken in ethnisch unterschiedlichen Situationen mit Hilfe von Patientenschauspielenden. Fokus der zweiten Schulung liegt auf den neuen Erkenntnissen. Feedback der Ausbildenden für die Teilnehmenden. Jederzeit besteht die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
Wann	Jederzeit, im Abstand von einem Monat
Wie oft	Zwei Schulungen, Dauer von 4.5 Stunden
Womit	<ol style="list-style-type: none">1. Schulung: Es werden realistische Patientenbegegnungen angeboten, die einen Ansatz zur Patientenbefragung darstellten. Weiter werden Symptome von Depression und Suizidgedanken in ethnisch unterschiedlichen Situationen, mit Hilfe von Patientenschauspielenden, dargestellt.2. Schulung: Ist der Fokus auf das neu Erlernte gerichtet. Dabei bekommen die Teilnehmenden der Interventionsgruppe Feedback von den Ausbildenden und konnten jederzeit Fragen in Bezug auf die Erkennung von Depressionen stellen.

Kurz Screening-Instrument nach Arroll et al. (2003)

Wer	Durchgeführt durch eine Fachperson der Allgemeinmedizin. Eine mögliche Durchführung durch das Pflegepersonal wird vermutet.
Was	Es werden zwei mündliche Fragen gestellt <ol style="list-style-type: none">1. Fühlten Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos?2. Verspürten Sie während des letzten Monats oft mangelndes Interesse oder mangelnde Freude an der Arbeit oder im Leben? Bei positiver Beantwortung beider Fragen: Durchführung des „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“
Wie	Einmalig, weiterführende Behandlung und Folgegespräch mit der Ärzteschaft bei positivem Befund.
Wann	Jederzeit während der ärztlichen Konsultation. Die möglichst frühzeitige Erhebung beim Eintritt wird als sinnvoll bewertet.
Wie oft	Einmalig
Womit	Durch Interaktion zwischen Patientin bzw. Patient und der Fachperson

Hospital Anxiety and Depression Scale nach Singer et al. (2010), Warmenhoven et al. (2013)

Wer	Selbstverwaltung durch Patientin bzw. Patient
Was	Fragebogen bestehend aus 14 Fragen, inklusiv Subskalen Depression und Angst
Wie	4 Antwortmöglichkeiten zur Selbstbewertung
Wann	Nach Singer et al. (2010) am ersten Tag der Hospitalisierung, nach Warmenhoven et al. (2013) keine genauen Angaben
Wie oft	Einmalig
Womit	Fragebogen

Structured Clinical Interview for DSM-IV nach Studie Singer et al. (2010)

Wer	Durchführung durch zuständige Ärzteschaft oder Pflegefachpersonal
Was	<p>Interview mit folgenden Fragen:</p> <p>1. Haben Sie sich in den letzten vier Wochen deprimiert oder traurig gefühlt?</p> <p>Bei Verdacht einer Depression, Befragung zu folgenden Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Häufigkeit des Auftretens von Symptomen• Ausmass durch die Symptomatik verursachten Leidens• Allgemeiner Gesundheitszustand
Wie	Mündliche Beantwortung
Wann	Nach Singer et al. (2010) am zweiten und dritten Tag der Hospitalisierung
Wie oft	Einmalig
Womit	Fragebogen

Beck-Depression-Inventar nach Warmenhoven et al. (2013) und Berg et al. (2009)

Wer	Selbstbewertung durch Patientin bzw. Patient
Was	Fragebogen bestehend aus 21 Fragen, Unterteilung in drei Teilbereiche: Kognitiven, somatischen und affektive Fragen
Wie	4 Antwortmöglichkeiten zur Selbstbewertung
Wann	Keine Angaben
Wie oft	Nach Warmenhoven et al. (2013) einmalige Erhebung, Nach Berg et al. (2009) bei Bedarf
Womit	Fragebogen

Memorial Symptom Assessment Scale nach Warmenhoven et al. (2013)

Wer	Selbstbewertung durch Patientin bzw. Patient
Was	Fragebogen bestehend aus 32 Fragen, bezüglich physischer und psychischer Symptomatik
Wie	4 Antwortmöglichkeiten zur Selbstbewertung
Wann	Keine Angaben
Wie oft	Einmalig
Womit	Fragebogen

Clinical Global Impression Scale nach Berg et al. (2009)

Wer	Durchführung durch zuständige Ärzteschaft oder Pflegefachperson
Was	Beurteilungsformular
Wie	Bei zwei Fragen: Sieben Antwortmöglichkeiten, Bei drei Fragen: Vier Antwortmöglichkeiten.
Wann	Keine Angaben
Wie oft	Bei Bedarf
Womit	Beurteilungsformular